

Handreichung Pflege und Gesundheit

Flaiz, Bettina; Klages, Benjamin; Kretschmer, Stefanie; Kriegel, Michael;
Lorz, Franziska; Lull, Anja; Zieher, Jürgen

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sonstiges / other

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Flaiz, B., Klages, B., Kretschmer, S., Kriegel, M., Lorz, F., Lull, A., Zieher, J. (2014). *Handreichung Pflege und Gesundheit*. (Handreichung der wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs "Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen", 6). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-49296-9>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Bettina Flaiz/ Benjamin Klages/ Stefanie Kretschmer/ Michael Kriegel/ Franziska
Lorz/ Anja Lull/ Jürgen Zieher

Handreichung Pflege und Gesundheit

Handreichung der wissenschaftlichen Begleitung
des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“

Juni 2014

Hinweis:

Diese Publikation wurde im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) beauftragten wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ erstellt. Das BMBF hat die Ergebnisse nicht beeinflusst. Die in dieser Publikation dargelegten Ergebnisse und Interpretationen liegen in der alleinigen Verantwortung der Autoren und Autorinnen.

IMPRESSUM

Autorinnen und Autoren: Bettina Flaiz/ Benjamin Klages/ Stefanie Kretschmer/ Michael Kriegel/ Franziska Lorz/ Anja Lull/ Jürgen Zieher

Herausgegeben durch: die wissenschaftliche Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“, vertreten durch die Projektleitungen: Prof. Dr. Anke Hanft, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg/ Prof. Dr. André Wolter, Humboldt-Universität zu Berlin/ Prof. Dr. Ada Pellert, Deutsche Universität für Weiterbildung/ Dr. Eva Cendon, Deutsche Universität für Weiterbildung

Copyright: Vervielfachung oder Nachdruck auch auszugsweise zur Veröffentlichung durch Dritte nur mit ausdrücklicher Zustimmung der HerausgeberInnen

Datum: Juni 2014

ISBN: 978-3-946983-05-7

Inhalt

1	Einführung in die Handreichung	2
2	Einleitung	3
3	Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Deutschland	7
4	Ausgewählte Aspekte der Planung und Entwicklung von Studienprogrammen im Bereich Pflege und Gesundheit	14
4.1	Zielgruppen	14
4.1.1	Theoretische Hinführung	14
4.1.2	Praxisbeispiel	15
4.2	Anrechnung	21
4.2.1	Theoretische Hinführung	21
4.2.2	Praxisbeispiel	26
4.3	Kooperationen	30
4.3.1	Theoretische Hinführung	30
4.3.2	Praxisbeispiel	32
5	Internationales Beispiel	36
5.1	Pflegeausbildungen in Europa – eine Übersicht	36
5.2	Pflegeausbildung in den Niederlanden	40
5.3	Pflegeausbildung in Neuseeland	43
5.4	Fazit	47
6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	48
	Literaturverzeichnis	53
	Abbildungsverzeichnis	64
	Tabellenverzeichnis	64
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	65

1 Einführung in die Handreichung

Stefanie Kretschmer

Diese Handreichung wurde von Mitarbeitenden aus vier der aktuell in der ersten Förderphase der ersten Wettbewerbsrunde des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ geförderten Projekte gemeinsam mit der wissenschaftlichen Begleitung des Wettbewerbs erstellt. Mit dem spezifischen Publikationsformat der Handreichung verfolgt die wissenschaftliche Begleitung das Ziel, den Projekten anwendungsorientierte Beispiele für mögliche Lösungsansätze zu bestimmten themenbezogenen Fragestellungen zu geben. Im Mittelpunkt steht dabei die Intention, Theorie und Praxis miteinander zu verzahnen und Lösungsansätze „aus der Praxis und für die Praxis“ zu generieren (vgl. Bergstermann et al. 2013, S. 4). Die hier vorliegende Handreichung basiert auf der fachspezifischen Vernetzung von Projekten, deren Fokus sich auf die Planung und Entwicklung von hochschulischen (weiterbildenden) Studienformaten im Bereich Pflege und Gesundheit richtet. Dabei geht es auf einer übergreifenden Ebene um den aktuellen Stand der bildungs- und hochschulpolitischen Diskussion in Deutschland zum Thema der Akademisierung von Pflege- und Gesundheitsberufen. Außerdem werden sich für Hochschulen ergebende Herausforderungen und Fragestellungen im Zusammenhang mit der Planung und Entwicklung von Studienangeboten in diesen Fachdisziplinen aufgezeigt. Letzteres erfolgt exemplarisch am Beispiel der Aspekte „Zielgruppen“, „Anrechnung“ und „Kooperationen“. Ein zentrales Anliegen der Verfasser/-innen dieser Handreichung ist es darüber hinaus, nicht lediglich bei einer deskriptiven Darstellung des Status quo zu verbleiben, sondern konkrete Perspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen und Empfehlungen für Angebotsplaner/-innen und –entwickler/-innen an Hochschulen zu formulieren, die vor ähnlichen Herausforderungen stehen beziehungsweise zukünftig stehen werden.

Zur Gliederung der Handreichung: Die Darstellung ausgewählter Aspekte der Planung und Entwicklung von Studienprogrammen erfolgt als in die Thematik dieser Handreichung einführender Abschnitt (→ Kap.2). Diese Darstellung orientiert sich an dem Phasenmodell „Programmplanung, Programmentwicklung und Programmmanagement“ (Hanft 2012), welches einleitend erläutert wird. Daran schließt sich ein Überblick zum aktuellen Diskurs in Deutschland zur Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe an (→ Kap.3). In Kapitel 4 werden ausgewählte Bausteine der Planung und Entwicklung von Studiengängen und -programmen behandelt. Im Fokus stehen die Aspekte „Zielgruppen“, „Anrechnung und „Kooperationen“, wobei die jeweiligen Teilabschnitte so aufgebaut sind, dass in einem ersten Schritt eine kurze theoretische Hinführung stattfindet und danach eine Vertiefung beziehungsweise Konkretisierung in Form eines Praxisbeispiels erfolgt. Um einen „Blick über den Tellerrand“ zu werfen und Anregungen für die bildungs- und hochschulpolitische Diskussion sowie für die

Hochschulpraxis zu erhalten, werden danach ausgewählte Beispiele der Ausbildung im Pflege- und Gesundheitssektor im europäischen und außereuropäischen Ausland vorgestellt (→ Kap. 5). Die Handreichung endet mit anwendungsorientierten Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Verfasser/-innen (→ Kap. 6).

Diese Handreichung ist wesentlich auch als Impuls für die Initiierung, Fortführung und Vertiefung des projektübergreifenden Austausches im Rahmen des Bund-Länder-Wettbewerbs zu verstehen. Anregungen und Rückmeldungen an die Verfasser/-innen sind ausdrücklich gewollt und erwünscht.

2 Einleitung

Stefanie Kretschmer

Das Konzept des Lebenslangen Lernens wurde im europäischen Hochschulraum im Kontext der Bologna-Nachfolgekonferenzen zunehmend konkretisiert. Mit dem Ziel der Schaffung von „lifelong learning paths into and within higher education“ (Europäische Kommission 2003, S. 6) sind die Hochschulen dazu aufgefordert, Lebenslanges Lernen zu realisieren, dies unter anderem unter Berücksichtigung der Ermöglichung von „recognition of prior learning“ und basierend auf „adequate organisational structures and funding“ (Europäische Kommission 2009, S. 3). Den Blick auf die Situation an den europäischen Hochschulen richtend stellen Horig & Brunner (2011) fest, dass sich Lifelong Learning im Gegensatz zu anderen Elementen von Bologna bislang nicht durchsetzen konnte (vgl. ebd., S. 19) und sich als eine „der zentralen Herausforderungen für die Hochschulen in der zweiten Phase des Bologna-Prozesses“ darstellen wird (a.a.O.). Bezug nehmend auf die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte internationale Vergleichsstudie zur Struktur und Organisation der Weiterbildung an Hochschulen (Hanft & Knust, 2007) konstatieren Hanft & Maschwitz (2012), dass das Lebenslange Lernen gegenwärtig an den deutschen Hochschulen „nur vereinzelt angekommen“ ist (S. 122).

Eine Kultur des Lifelong Learning an Hochschulen zeichnet sich laut Hanft & Brinkmann (2012) durch folgende Elemente aus (S. 141):

- Eine größere Offenheit gegenüber heterogenen Studierenden.
- Eine Gestaltung von Übergängen zum Studium entlang vorhandener Kompetenzen und Leistungsvoraussetzungen.
- Eine flexible, modularisierte Gestaltung von Studienangeboten.
- Eine hohe Professionalität bei der Planung, der Entwicklung und dem Management der Studienprogramme.

Wolter (2012) fasst Lebenslanges Lernen als ein „inklusives und systemisches Konzept“, welches die Hochschule „als Institution ‚ganzheitlich‘ und nicht nur mit Blick auf ihre berufsbezogenen weiterbildenden Angebote herausfordert“ (S. 279). Lebenslanges Lernen an Hochschulen

realisiert sich diesem Verständnis folgend durch explizite Angebote der wissenschaftlichen Weiterbildung, darüber hinaus aber auch durch die Öffnung des Hochschulzugangs für nicht-traditionelle Zielgruppen, über berufsbegleitende Studienangebote und Teilzeitstudiengänge sowie über die Anrechnung beruflicher Kompetenzen und sogenannte nachberufliche Studienangebote (vgl. ebd., S. 277ff.).

Der Bologna-Prozess fordert die Hochschulen auf, sich an der Programmatik des Lebenslangen Lernens (LLL) auszurichten (vgl. Hanft 2013a, S. 14) und sich als „Institutionen des Lebenslangen Lernens“ zu verstehen (Hanft & Maschwitz 2012, S. 113). Dabei impliziert eine nachhaltige Verankerung von Strategien des Lebenslangen Lernens Umbrüche im Hochschulsystem, die weit über einzelne Projekte und Initiativen auf Bundes- und Länderebene hinausgehen und einen „umfassenden Kulturwandel in Hochschulen“ (Hanft 2013b, S. 11) voraussetzen. Die Intention der Schaffung nachhaltiger Strukturen des Lebenslangen Lernens im Sinne eines ganzheitlichen Prozesses der Organisationsentwicklung berührt Aspekte der hochschulinternen Governance-Strukturen und stellt unter anderem die an den Hochschulen – insbesondere im grundständigen Bereich praktizierte – angebotsorientierte Gestaltung von Studiengängen infrage.

Maßgeblich für die Einrichtung neuer Studiengänge sind grundsätzlich die Ländergemeinsamen Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen (vgl. Strukturvorgaben 2010) und die Regeln für die Akkreditierung von Studiengängen und für die Systemakkreditierung (vgl. Akkreditierungsrat 2013). Des Weiteren maßgeblich ist der Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse (vgl. Qualifikationsrahmen 2005). Darüber hinaus spielen spezifische Vorgaben der jeweiligen Landeshochschulgesetze sowie auf hochschulischer Ebene spezifische Rahmenvorgaben und/oder Prozessschritte eine Rolle.

Die HRK (2004) formuliert folgende zehn Schritte zur Einrichtung neuer Studiengänge an Hochschulen (vgl. ebd., S. 10 – 13):¹

1. Prozess initiieren, Arbeitsstrukturen aufbauen
2. Arbeitsprozess in der Hochschule vernetzen
3. Rahmenbedingungen des Reformprozesses klären und in der Arbeitsgruppe diskutieren
4. Zielsetzung des Studiengangs definieren
5. Studiengangskonzept ausarbeiten
6. Lehrimporte und –exporte mit anderen Fakultäten/Fachbereichen abstimmen
7. Neue Studien- und Prüfungsordnung entwickeln
8. Akkreditierung/Genehmigung/Anzeige
9. Studienangebot bewerben
10. Monitoring und Evaluierung

¹ Wiedergegeben werden an dieser Stelle lediglich die von der HRK (2004) formulierten Überschriften der jeweiligen Arbeitsschritte. Zur ausführlichen Darstellung sei auf den entsprechenden Bologna-Reader der HRK verwiesen: http://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-10-Publikationsdatenbank/Beitr-2004-08_Bologna-Reader_I.pdf [24.02.2014].

Neben diesen Strukturvorgaben der HRK gibt es in erster Linie in der Weiterbildung Modelle und Prozessvorgaben im Kontext der Planung und Entwicklung von Studiengängen und -programmen (vgl. u.a. Faulstich 2006; Schlutz 2006; Knust 2006; Bardachzi 2010; Hanft 2014). Dieser Handreichung zugrunde liegt das von Hanft (2012) konzipierte Phasenmodell der Planung, Entwicklung und des Managements von Studienprogrammen.

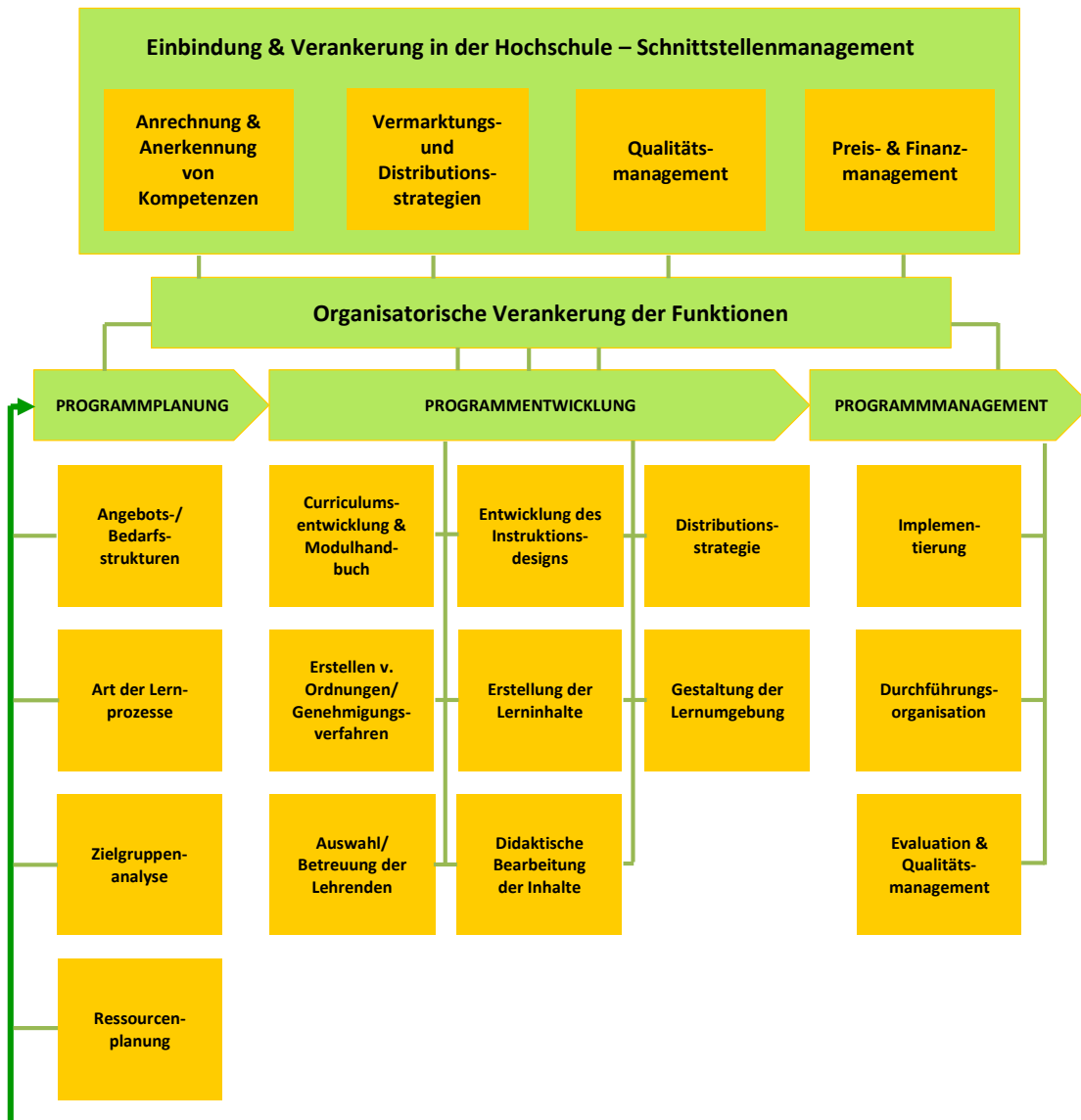


Abbildung 1: Programmplanung, -entwicklung & -management (nach Hanft 2012)

Dieses Phasenmodell bezieht sich auf die Strukturen und auf die Ablauforganisation primär berufsbegleitender weiterbildender Angebote, ist jedoch Hanft (2014) zufolge prinzipiell auch auf grundständige Studienangebote übertragbar (vgl. ebd., S. 56).

Das Modell ordnet den Hauptphasen der Einrichtung von Studienprogrammen jeweils einzelne Bausteine zu.² Zur **Programmplanung** gehört als Basis eine Ressourcenplanung. Hanft fokussiert hier die Erstellung eines Geschäftsplanes als signifikante Voraussetzung der Angebotsplanung: „Der Geschäftsplan bildet die Entscheidungsgrundlage für die Gewährung von Finanz- oder Projektmitteln, und ermöglicht eine Prüfung, ob geplante Investitionen aus der Perspektive der Hochschule bzw. des Weiterbildungsbereichs zu verantworten sind“ (ebd., S. 57f.). Bestandteil der Programmplanung sind des Weiteren eine Bedarfsklärung sowie die „Erhebung vorhandener Angebotsstrukturen“ (ebd., S. 61). Essentiell ist die Durchführung einer Zielgruppenanalyse. Dies insbesondere dann, wenn es sich um die Zielgruppe berufstätiger, erwachsener Lernender handelt, die im Vergleich zu Studierenden grundständiger Angebote mit besonderen Voraussetzungen und Motivationen an die Hochschulen kommen, zudem durch berufliche und familiäre Verpflichtungen über ein anderes Zeitbudget verfügen (vgl. ebd., S. 63f.). Die Frage der Gestaltung der Lernprozesse schließt sich nach Hanft an die Bedarfs- und Zielgruppenanalyse an: „Die Art der Lernprozesse ist von unmittelbarer Ressourcenrelevanz und daher im Rahmen des Planungsprozesses zu klären“ (ebd., S. 65). Bestandteile der **Programmentwicklung** sind unter anderem die Entwicklung des Curriculums und des Modulhandbuches. Hinzu kommen die Erstellung von Studien- und Prüfungsordnungen sowie die Auswahl und Betreuung der Lehrenden. Im Kontext berufsbegleitender, in der Regel nicht kapazitätswirksamer Studiengänge sind hier Fragen bezogen auf die Gestaltung des Lehrenden-Support von Bedeutung (vgl. ebd., S. 93ff.). Zentral ist die Entwicklung eines outcomeorientierten Instruktionsdesigns, welches die Effizienz und Effektivität von Lernprozessen sowie den Appeal im Sinne der „Zufriedenheit der Lernenden mit der Organisation und Durchführung des Lernprozesses und den gewonnenen Anregungen zum eigenständigen vertieften Weiterlernen“ in den Mittelpunkt stellt (ebd., S. 98). In der Phase der Programmentwicklung sind überdies Fragen bezogen auf die Gestaltung der Lernumgebung und im Hinblick auf die Distributionsstrategie (Wie gewinne und erreiche ich die von mir avisierte Zielgruppe/-n?) zu beantworten. Dem **Programmmanagement** zugeordnet sind die Programmimplementierung, die Durchführungsorganisation sowie die Evaluation und das Qualitätsmanagement. Ausführlich bespricht Hanft unter anderem die Organisation der Studierendenbetreuung und präferiert in diesem Zusammenhang ein Studiengangsmanagement als „One-stop-office“ (ebd., S. 116). Über alle Programme hinweg gibt es spezifische - in diesem Phasenmodell auf der obersten Ebene horizontal angelegte – **Querschnittsbereiche**: Anrechnung und Anerkennung von Kompetenzen, Vermarktung und Distribution, Qualitätsmanagement, Preis- und Finanzmanagement. Zu organisieren ist zudem das „Schnittstellenmanagement zu den Verwaltungs- und Selbstverwaltungseinrichtungen der Hochschule“ (ebd., S. 57). Ergänzend zu den Ausführungen von Hanft sei angemerkt, dass

² Die Bausteine werden an dieser Stelle nicht weiter expliziert (vgl. hierzu Hanft, 2012). Exemplarisch bearbeitet werden in den nachfolgenden Kapiteln die Aspekte „Zielgruppen“, „Anrechnung“ und Kooperation“, wobei der Fokus entsprechend der Themensetzung der Handreichung auf Studiengänge und -programme im Bereich Pflege und Gesundheit liegt.

sicherlich auch die Frage der Anbahnung und Gestaltung von Kooperationen zu außerhochschulischen Partnern einen programmübergreifenden Bereich darstellt, den es auf der jeweiligen Programmebene zu konkretisieren gilt.

Diese Handreichung gibt im Folgenden - basierend auf den Erfahrungen der aus den Projekten mitwirkenden Autorinnen und Autoren - Einblicke in die Praxis der Zielgruppenanalyse, die Möglichkeiten und Verfahren der Anrechnung außerhochschulischer Kompetenzen auf Studiengänge und die Gestaltung von Kooperationsbeziehungen.

3 Akademisierung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Deutschland

Anja Lull

Im Gegensatz zu den Heilberufen (u.a. Ärztinnen und Ärzte, Apotheker/-innen, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten) wurden in Deutschland die Gesundheitsfachberufe traditionell im (sekundären) Berufsbildungssystem ausgebildet. Dieses Berufsfeld ist durch eine Vielzahl von Ausbildungsgängen und Qualifikationsmaßnahmen gekennzeichnet, die verschiedenen landes- und bundesrechtlichen Regelungen unterstehen. Dielmann (2013) unterscheidet die Berufe nach ihren Rechtsgrundlagen in drei Regelungsbereiche: das duale System nach dem Berufsbildungsgesetz (zum Beispiel Medizinische Fachangestellte), die vollzeitschulischen Berufsausbildungen nach Landesrecht (zum Beispiel Sozialassistenten) und die Systematik der Berufszulassungsgesetze des Bundes (zum Beispiel Gesundheits- und Krankenpflege oder Physiotherapie). Insbesondere in der letztgenannten Gruppe ist eine Akademisierungstendenz zu erkennen, wozu neben professionstheoretischen Diskussionen unter anderem auch die Einführung von Modellklauseln in den Berufsgesetzen geführt hat. Dennoch unterscheidet sich die Entwicklung, weshalb im Folgenden ein Überblick über die Genese der Pflegestudiengänge auf der einen Seite und der gesundheitstherapeutischen Studiengänge auf der anderen Seite gegeben und mit einem beide Berufsgruppen einbeziehenden Fazit geendet werden soll.

Pflegestudiengänge

Bereits vor dem Beginn der eigentlichen Akademisierungswelle in der Pflege gab es vereinzelte Pflegestudiengänge in Deutschland. So wurde bereits 1963 an der medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin ein (Lehrerbildungs-)Studiengang Medizinpädagogik, später der Diplomstudiengang Krankenpflege eingerichtet. In der Bundesrepublik wurde der erste (Modell-)Studiengang zwischen 1976 und 1982 an der Freien Universität Berlin angeboten (vgl. Schaeffer 1995). Diesen und den in den 1990er Jahren folgenden zahlreichen Pflegestudiengängen ist gemein, dass sie sich größtenteils an nicht-traditionell Studierende wandten, da eine Pflege- oder Therapieberufsausbildung in der Regel Voraussetzung für den Zugang zum Studium ist.

Nach der beginnenden Akademisierung des Pflegebereichs in den 1990er Jahren wurden in den vergangenen Jahren die bestehenden Diplom- in Bachelor- und vereinzelt in Master-studiengänge umgewandelt. In diesem Zusammenhang wurden zunehmend berufsbegleitende Studienstrukturen geschaffen, die eine Verknüpfung von Ausbildungs- oder Berufstätigkeit mit einem Pflegestudium ermöglichen (vgl. Moers, Schöniger & Böggemann 2012).

Historisch betrachtet hat sich der Pflegeberuf in Deutschland Ende des 19. Jahrhunderts von seinen primär kirchlichen Wurzeln gelöst; zahlreiche öffentliche Krankenhäuser gründeten Krankenpflegeschulen. Durch die immense Ausweitung des medizinischen Handlungsfeldes im 20. Jahrhundert nahm auch der Wissensumfang für die Pflegeausbildung zu: von einem Jahr Ausbildung im ersten 1907 verabschiedeten Gesetz bis hin zu drei Jahren im ersten einheitlichen Krankenpflegegesetz in der Bundesrepublik 1957. Während jedoch in den angloamerikanischen Ländern der Zweite Weltkrieg und die damit verbundenen Lazarettferahrungen sowie (männlicher) Ärztemangel zu einer Ausweitung der Ausbildung in den akademischen Sektor führten, ertönten die ersten Rufe nach Akademisierung der Pflege in Deutschland erst in den frühen 1980er Jahren.

Wurden die ersten Forderungen noch vorwiegend professionstheoretisch und mit Blick auf das internationale Pflegewesen begründet, kommen zu Beginn der 1990er Jahre Expert/-innen aus Pflege, Trägerverbänden und Politik zu Schlüssen, die eine Verlagerung von Pflegeaus-, fort- und -weiterbildung an die (Fach-)Hochschulen nahe legen. Oelke (1994) führt zahlreiche Argumente verschiedener Interessensgruppen aus diesen Jahren an, die zu folgenden Positionen zusammengefasst werden können:

- Pflege benötigt Wissenschaft, um das vorhandene Wissen zu systematisieren, zu verifizieren und zu erweitern (Befürworter/-innen einer Ansiedlung von Pflegestudiengängen an den Universitäten).
- Pflege benötigt akademische Ausbildung, um dem Fachkräftemangel vorzubeugen.
- Pflege benötigt akademische Ausbildung, um dem fortschreitend komplexer werdenden Arbeitsfeld gerecht zu werden.
- Pflege benötigt akademische Ausbildung, um ein Berufsbild mit eigenständigen Kompetenzen im Bereich der Entscheidung, Planung und Durchführung von pflegerischen und gesundheitsfördernden Dienstleistungen jenseits medizinischer Assistenz zu schaffen.

Das Engagement Einzelner wurde durch (gesundheits-)politische Neusetzungen verstärkt. Die Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995 ging mit zusätzlichen Anforderungen an die (akademische) Qualifizierung von Pflegedienstleitungen einher. Es folgte eine Welle von Studiengangentwicklungen im Bereich Pflegemanagement. Einen weiteren Impuls setzten die Einführung des Altenpflegegesetzes (vgl. AltPflG 2003) sowie die Novellierung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG 2004) mit den dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

(AltPflAPrV, KrPflAPrV). Zum ersten Mal wurde hierin die akademische Ausbildung der Pflegelehrkräfte vorausgesetzt, auch wenn es weiterhin keine Integration der Lehrerbildung in die klassischen Lehramtsstudiengänge geben sollte. In der Folge etablierten sich zunehmend Pflegepädagogikstudiengänge an Fachhochschulen. Es blieb bei einer geringen Zahl von Lehramtsstudiengängen an Universitäten. Weiterhin entstanden seit 2003 primär qualifizierende Studiengänge, die sowohl mit einem Berufs- als auch mit einem Hochschulabschluss enden (duale Studiengänge) und keine Berufsausbildung mehr voraussetzen. Diese Studiengänge verlangen von den Hochschulen ein hohes Maß an Koordinationsaufwand, müssen doch die außerhochschulischen Lernorte sowie die für die berufliche Bildung zuständigen Behörden in die Studiengangentwicklung mit einbezogen werden.

Anhand der Anzahl der Studiengänge kann zumindest im quantitativen Sinne von einer erfolgreichen Akademisierung gesprochen werden. Gab es 1993 noch 19 Pflegestudiengänge (vgl. Oelke 1994), so sind es 2002 schon 42 (vgl. Bartholomeyczyc 2002) und 2013 bereits 78 (vgl. Pflegestudium 2013). Allerdings bleiben zwei für eine Professionalisierung enorm wichtige Pflegebereiche von dieser Entwicklung unbehelligt: die Etablierung der Pflegewissenschaft an Universitäten sowie eine Akademisierung der praktischen Pflege (vgl. Bollinger & Greve 2002).

Lediglich acht Universitäten bieten pflegewissenschaftliche Studiengänge an, davon drei ausschließlich in Form von Lehramtsstudiengängen. Hieran wird ein Problem deutlich, das mit den beschriebenen Entwicklungen einherging. Die Akademisierung der Pflege fand nicht im eigentlichen Kerngedanken der Professionalisierung – nämlich in der Verwissenschaftlichung der Pflege und der damit verbundenen Wissenssystematisierung, -überprüfung und -neugenerierung – statt, sondern zielte auf eine Aufwertung der Pflegeeliten (Institutionsleitungen und Lehrende) ab, wie in der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ der Robert Bosch Stiftung (1992) auch begründet. Bollinger und Greve (2002) gehen sogar davon aus, dass eine flächendeckende (also alle Tätigkeitsbereiche der Pflege umfassende) Akademisierung der Pflege auch in mittelfristiger Perspektive nicht zu erwarten sei, und begründen dies mit der Sonderstellung der Pflege in Deutschland.

Dieser Vermutung widersprechen die aktuellen Entwicklungen im Hochschulsektor Pflege. Analog der internationalen Pflegestudienganglandschaft folgen den bereits bestehenden „patienten- bzw. klientenfernen“ Handlungsfeldern Lehren, Leiten, Beraten und Forschen „patienten- bzw. klientennahe“ Studiengänge, in denen Pflegende auf neue praktische Handlungsfelder vorbereitet werden. Dazu gehören sowohl die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten in Substitution des aktuell ärztlichen Tätigkeitsbereichs als auch die interdisziplinäre Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger sowie ihrer Angehörigen (vgl. Rogalski et al. 2012; Mendel 2009). Studiengänge oder -schwerpunkte wie „Care & Case Management“, „Advanced Nursing“ sowie „Psychiatrische Pflege“ reagieren auf zusätzliche Bedarfe im Gesundheitssystem und werden überwiegend berufsbegleitend bzw. zunehmend auch dual angeboten (vgl. Moers, Schoeniger & Böggemann 2012).

Im Gegensatz zu Akademisierungsbestrebungen anderer Berufsfelder wollten die zentralen Akteurinnen und Akteure der Akademisierungsbewegung von Beginn an nicht auf die „praktische Berufserfahrung“ der Studierenden verzichten. Das Minimum einer abgeschlossenen Berufsausbildung, in der Regel ergänzt um ein oder zwei Jahre Berufserfahrung, wurde in fast allen Studiengangmodellen vorausgesetzt (vgl. Oelke 1994, S. 97ff.). 2002 können von 33 Management- und Pädagogikstudiengängen nur fünf ohne diese Voraussetzungen antreten werden (vgl. Bartholomeyczyc 2002). Diese Praxis sollte – so die Traditionalistinnen und Traditionalisten – zum einen eine Verwurzelung in den Pflegeberufen garantieren, hatte zum anderen aber auch formale Gründe. Wollen die Absolventinnen und Absolventen im klassischen Pflegearbeitsmarkt tätig sein, müssen sie über die formale Qualifikation der rechtlich geschützten Berufsbezeichnung verfügen. Diese erlangen sie jedoch laut Berufsgesetzen nur, wenn sie einen zeitlich und inhaltlich genau definierten Ausbildungsweg durchlaufen haben. Für die seit der Einführung einer Modellklausel (§ 5 Abs. 3 – zeitlich befristete Erprobung von Ausbildungsangeboten) im novellierten Krankenpflegegesetz (vgl. KrPflG 2004) vermehrt entstehenden grundständigen Studiengänge verschärft sich dieses Problem noch: Diese Studiengänge müssen sowohl die Ausbildungsinhalte als auch die Ausbildungsorte (ambulante und stationäre Institutionen) für die praktischen Ausbildungsanteile aus den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in ihre Studiengänge integrieren. Sollen die Absolventinnen und Absolventen für alle Bereiche des Arbeitsmarktes qualifiziert sein, können zusätzliche Inhalte nur in einem begrenzten Umfang in die Curricula aufgenommen werden.

Das hochschulpädagogische Handeln findet unter Rahmenbedingungen statt, die im Kontext der Pflegestudiengänge sowohl hochschulpolitisch als auch berufspolitisch gesteckt sind und in den unterschiedlichen Studiengangkonstruktionen ihren Ausdruck finden. Die Akademisierung der Pflege beschränkte sich, wie oben geschildert, primär auf die Handlungsfelder Lehren und Leiten. Für Absolventinnen und Absolventen dieser Studiengänge gibt es inzwischen etablierte Arbeitsfelder. Dies gilt nicht für die grundständigen Studiengänge sowie für die sich gerade im Aufbau befindenden „patientennahen“ Studiengangsrichtungen, für deren Absolventinnen und Absolventen (in der Regel Pflegeexpertinnen und -experten genannt) bislang weder klar definierte Einsatzfelder noch Tarifgefüge bestehen. Ein weiteres Problem entstand mit der Umstrukturierung der vorhandenen Diplom- in Bachelor- und Masterstudiengänge hinsichtlich der Verortung der Studiengänge (Bachelor oder Master, (Fach-)Hochschule oder Universität). Gibt es einen grundständigen Studiengang Pflege, müssten die weiterbildenden Studiengänge als Masterstudiengänge konzipiert sein. Wie können dann aber Pflegenden mit einer beruflichen Ausbildung die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen? Im Falle der Pflegepädagogikstudiengänge hat das fatale Auswirkungen. In den jetzigen Lehramtsstrukturen ist ein Masterabschluss für den beruflichen Bildungsbereich Voraussetzung – den Forderungen der Kultusministerkonferenz (KMK 2013) entsprechend müssen bereits im Bachelorstudium das erste und zweite Unterrichtsfach sowie Bildungswissenschaften Gegenstand des Studiums sein. Ein grundständiger Studiengang Pflege widerspricht dieser Definition. Bleibt man bei den berufspolitisch gewünschten Vorannahmen, dass eine Berufsausbildung Voraussetzung für eine pflegepädagogische Tätigkeit ist,

summiert sich die Ausbildungsdauer für Pflegelehrer/-innen auf 10 Jahre (3 Jahre Ausbildung, 3+2 Jahre Studium, 2 Jahre Referendariat).

Aus diesem Grund – und den der Empfehlungen der KMK von 2002 und 2008 folgenden neuen hochschulrechtlichen Möglichkeiten zur Anrechnung außerhalb der Hochschule erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten – sind vor allem in den vergangenen Jahren vermehrt Bachelorstudiengänge entstanden, die einen Großteil der Erstausbildung anrechnen (bis zu 4 Semestern).

Gesundheitstherapeutische Studiengänge

Analog zu den Entwicklungen in der Pflege begann in den 1990er Jahren die Diskussion um eine Akademisierung auch der gesundheitstherapeutischen Berufe. Als zentrales Ziel der Akademisierung beschreiben Friedrichs und Schaub (2011) die Verbesserung der Qualität beruflichen Handelns und somit die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Doch die Positionen sowohl in den einzelnen Berufen als auch in den verschiedenen Berufsverbänden verliefen durchaus konträr. Im Vordergrund der frühen Diskussionen stand der Wunsch nach einer einheitlichen europäischen Regelung (vgl. Schämann 2005). Einen ersten vernehmbaren Impuls setzte die Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AGMTG)³ mit ihrem ersten Positionspapier 2003. Hierin forderte die Arbeitsgemeinschaft eine Neuordnung der Berufsgesetze und Ausbildungsrichtlinien dergestalt, dass eine grundsätzliche Anhebung auf Hochschulniveau anzustreben sei. Analog den allgemeinen Bologna-Empfehlungen solle der Bachelorabschluss eine erste berufsqualifizierende Ausbildung darstellen sowie zur Erlaubnis der Berufsbezeichnung führen und für ein Masterstudium für die Bereiche Lehre, Wissenschaft und Management befähigen. Als Qualifikationsziele für den Bachelorabschluss werden im Positionspapier von 2011 folgende Punkte benannt:

„Der Studiengang befähigt

- zur selbständigen wissenschaftlich basierten reflektierten Berufsausübung in Bezug auf Prävention, Kuration und Rehabilitation,
- Methoden zur Qualitätssicherung der durchzuführenden Maßnahmen anzuwenden und auf der Basis einer evidenzbasierten Praxis diese fortlaufend auf ihre Effektivität und Angemessenheit hin überprüfen zu können,
- auf der Basis eines berufsethischen Wertesystems zu einer Einschätzung der nationalen und internationalen Gesundheitspolitik und ihrer Entwicklung zu gelangen, um sich aktiv am Veränderungsmanagement im Interesse der Gesellschaft sowie des Berufes beteiligen zu können,
- zur Weiterqualifikation in Master-Studiengängen und zur kompetenten Wissenseignung im Rahmen des lebenslangen Lernens.“ (AGMTG 2011, S. 5)

³ Die AGMTG ist ein Zusammenschluss des Bundes Deutscher Hebammen, dem Berufsverband der Orthoptist/-innen Deutschlands, dem Deutschen Verband für Physiotherapie, dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten, dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten sowie dem Deutschen Bundesverband für Logopädie.

Nach einer ersten kleinen Akademisierungswelle mit additiven Studiengängen, die sich vor allem an Personen mit bereits vorhandenem Berufsabschluss wendeten, besteht seit 2009 durch die Einführung einer Modellklausel die Möglichkeit, primärqualifizierende Studiengänge anzubieten. Die daran gekoppelte Evaluation der Studiengänge soll 2015 vorliegen.

Die Zahl der bereits etablierten Studiengänge (additiv und primärqualifizierend) ist etwas unübersichtlich, bewegt sich aber im Bachelorbereich zwischen 40 und 50 und im Masterbereich bei ca. zehn Studiengängen. Einen Großteil nimmt dabei die Physiotherapie ein, es folgen Ergotherapie, Logopädie und in den vergangenen Jahren auch das Hebammenwesen. Während die primärqualifizierenden Studiengänge vornehmlich an Hochschulen mit Gesundheitsschwerpunkt (zum Beispiel Hochschule für Gesundheit Bochum) angeboten werden, finden sich vor allem die weiterbildenden Studiengänge zunehmend im privaten Hochschulsektor wieder. Additive Programme stärken ihre Attraktivität durch die Anrechnung außerhochschulischer Kompetenzen zur Verkürzung der Studienangebote. Analog zu den grundständigen Studiengängen in der Pflege stehen die Hochschulen bei den primärqualifizierenden Studiengängen in den gesundheitstherapeutischen Berufen vor der besonderen Herausforderung der Praxiskooperation sowie der Ausgestaltung der curricular sehr eng gefassten Ausbildungsinhalte (vgl. Walkenhorst 2011).

Hinzu kommt, dass nach einer ersten Phase der Studiengangimplementierungen der Ruf nach eigener Forschung immer größer wird. Auch hier lassen sich Parallelen zur Pflege erkennen. Die vorrangige Ansiedlung der gesundheitstherapeutischen Studiengänge an Fachhochschulen erschwert den Zugang zu Forschungsressourcen. So besteht nach wie vor der große Wunsch, durch Lehrstühle und Studiengänge, gegebenenfalls in Kooperation, auch an den Medizinischen Fakultäten der Universitäten vertreten zu sein (Walkenhorst 2011). Der systematische Aufbau wissenschaftlichen Nachwuchses bedarf darüber hinaus der Graduiertenförderung sowie angemessener Strukturen für Vernetzung und Austausch. Dies betrifft nicht nur die jeweils einzelnen Disziplinen, sondern vorrangig auch die interdisziplinäre, an gesundheitswissenschaftlichen Fragen ausgerichtete Forschung (vgl. Friedrich & Schaub 2011).

Fazit

Der Akademisierungsprozess in den Pflege- und Gesundheitsberufen wurde wesentlich von professionstheoretischen sowie demografiebezogenen beziehungsweise versorgungstechnischen Überlegungen geprägt. Hinzu kamen insbesondere in den 1990er Jahren Angleichungsbemühungen durch den Bologna-Prozess bzw. wesentliche Arbeitnehmerfreizügigkeitsregelungen in der Europäischen Union (EU). Doch Deutschland tritt zunehmend auch in einen weltweiten Wettbewerb um Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung ein. Die bereits vor Jahrzehnten prognostizierten Engpässe werden im dritten Jahrtausend zunehmend evident. Vor diesem Hintergrund sind in den vergangenen Jahren die Diskussionen um die Akademisierung bzw. ihre Formen wieder lauter geworden.

Der Wissenschaftsrat (2012) empfiehlt eine Akademisierung von 10 bis 20 % der Angehörigen der Gesundheitsfachberufe in den Versorgungsbereichen, in denen es zu einer Komplexitätszunahme sowie einer sich verändernden Arbeitsteilung und der damit verbundenen zunehmenden Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit kommen wird. Dabei wird betont, dass dieser Aufbau sowohl in inhaltlich patientenfernen wie –nahen Studiengängen erfolgen muss und zum Aufbau einer genuinen Forschungs- und Wissenschaftslandschaft in eigenen Gesundheitsfakultäten führen soll. Weiterhin wird der Ruf nach mehr Standardisierung und Vergleichbarkeit der Studiengänge laut. Dies betrifft sowohl die Inhalte als auch die Abschlüsse beziehungsweise Bezeichnungen.

Für große Anerkennung hat der 2013 veröffentlichte LANCET-Report gesorgt. In ihm sind für den Gesundheitsbereich weltweit drei große Bildungsreformen herausgearbeitet (vgl. LANCET 2013). Die zu Beginn des 20. Jahrhunderts einsetzende zunehmende Orientierung an naturwissenschaftlich-medizinischen Grundlagen, die ab Mitte des vorigen Jahrhunderts sich entwickelnde problemorientierte Didaktik sowie die nun notwendig werdende, als dritte Reformbewegung bezeichneten Prozesse, die mit den Wirkungszielen transformatives Lernen und wechselseitigem Austausch als kompetenzorientiert beschrieben werden kann: „In allen Ländern sollen Gesundheitsfachleute aufgrund ihrer Ausbildung grundsätzlich in der Lage sein, vorhandenes Wissen umzusetzen, ein kritisches Urteilsvermögen zu entwickeln und nach ethischen Gesichtspunkten zu handeln, um im Rahmen lokal verantwortlicher und global verbundener Teams kompetent an patienten- und bevölkerungsorientierten Gesundheitssystemen mitwirken zu können. Zweck einer derartigen Ausbildung ist letztendlich die Gewährleistung einer umfassenden Versorgung mit qualitativ hochwertigen Dienstleistungen, denn diese sind essenziell für die gesundheitliche Chancengleichheit in den einzelnen Ländern und auf internationaler Ebene.“ (ebd., S. 7) Auch hier stehen der Ausbau akademischer Zentren zu Hochschulsystemen sowie vergleichbare Strukturen und die Vernetzung von Gesundheitsbildungsinstitutionen im Vordergrund. Damit sind die institutionellen Anforderungen im Wesentlichen deckungsgleich mit den vom Wissenschaftsrat geforderten Strukturen.

Kritische Stimmen sind nach wie vor aus dem Bereich der Gewerkschaften und Berufsverbände⁴ zu vernehmen. Dabei geht es diesen vornehmlich nicht um eine generelle Ablehnung der Akademisierung, sondern um die Verhinderung einer Abwertung der nicht-akademisch ausgebildeten Berufsangehörigen. Sie argumentieren, dass bereits die jetzige Berufsausbildung auf einem äußerst hohen Niveau stattfindet und die bestehenden Probleme in der Praxis nicht durch eine „Bachelorisierung“ zu lösen sind. Sie kritisieren, dass (Bildungs-) Durchlässigkeit und Tarifgerechtigkeit in den Diskussionen bislang zu wenig Berücksichtigung finden (vgl. Heck & Slotala 2006).

⁴ Sowohl in der Pflege als auch in den Gesundheitstherapieberufen gibt es keine zentralen Berufsverbände, sondern eine Vielzahl einzelner Verbände, die auch zur Akademisierung unterschiedliche, teils widersprüchliche Einstellungen vertreten.

4 Ausgewählte Aspekte der Planung und Entwicklung von Studienprogrammen im Bereich Pflege und Gesundheit

4.1 Zielgruppen

4.1.1 Theoretische Hinführung

Stefanie Kretschmer

Die Ausschreibung zum Bund-Länder-Wettbewerb „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ benennt folgende Zielgruppen für die von den geförderten Projekten zu entwickelnden Studienangebote: (vgl. OH BMBF 2013)

- Personen mit Familienpflichten
- Berufstätige, z. B. im Arbeitsleben stehende Bachelor-Absolventen/innen und berufliche Qualifizierte - auch ohne formale Hochschulzugangsberechtigung
- Berufsrückkehrer/-innen
- Studienabbrecher/-innen oder
- arbeitslose Akademiker/-innen

Wolter & Geffers (2013) kommentieren diese Auflistung, indem sie zum einen auf die große, sich hier widerspiegelnde Diversität aufmerksam machen, zum anderen auf die Tatsache, dass über diese Zielgruppen gegenwärtig sehr unterschiedliches empirisches Wissen vorliegt (vgl. ebd., S. 8). Diese Diversität ist jedoch nicht nur kennzeichnend für Studierende berufsbegleitender weiterbildender Studienangebote. Hanft (2013b) zufolge werden sich die Hochschulen zukünftig – auch im grundständigen Bereich – verstärkt an heterogenen Zielgruppen ausrichten müssen, was einen „weitreichenden Paradigmenwechsel“ impliziert, der „das Lehren und Lernen“ und die „Organisation von Studium und Lehre“ betrifft (ebd., S. 9). Kerres, Hanft & Wilkesmann (2012) konstatieren dem gegenüber gegenwärtig eine „Homogenität“ der Angebotsstrukturen an Hochschulen „ohne Rücksichtnahme auf heterogene Zielgruppen“ (S. 286). Tatsache ist jedoch, dass die Diversität der Studierenden insgesamt zugenommen hat (Wolter 2012, S. 280) beziehungsweise eine zunehmende Heterogenisierung auch der in einschlägigen Arbeiten und Untersuchungen als „traditionell“ klassifizierten Studierenden stattfindet (vgl. Stöter 2013, S. 62).

Slowey & Schütze (2012) identifizieren auf Basis der von ihnen durchgeführten internationalen Fallstudien sieben Typen lebenslanger Lerner: „second chance learners“, „equity groups“, „deferred“, „recurrent learners“, „returners“, „refreshers“ sowie „learners in later life“ (ebd., S. 26f.). Eine Diskussion dieser Typen kann Schütze & Slowey zufolge in Orientierung an spezifischen Aspekten erfolgen: „Emerging from the case studies we identify three aspects to consider in any such categorization: the nature of the entry/admission qualification; the access route; and the primary motivation for higher education study“ (ebd., S. 26).

Stöter (2013) befasst sich mit dem Begriff des „nicht-traditionell“ Studierenden und stellt fest, dass eine international einheitliche Definition nicht vorliegt, es vielmehr diesbezüglich länder-spezifische Ausprägungen gibt (vgl. ebd., S. 55). Basierend auf der Darlegung unterschiedlicher Ansätze der Definition von „nicht-traditionell“ Studierenden (u.a. Horn & Carroll, 1996; Teichler & Wolter 2004; Slowey & Schuetze 2012) führt Stöter resümierend aus, dass die Aufstellung einer Definition dessen, was nicht-traditionell Studierende kennzeichnet zum einen die Ebene des Zugangs zum Studium und zum anderen die Organisation des Studiums behandeln muss (vgl. Stöter 2013, S. 57).

Die Zielgruppenanalyse stellt einen Baustein im Rahmen der Programmplanung dar. Sie fragt unter anderem danach, ob alle Teilnehmer/-innen des zu entwickelnden Studienangebots über einen ähnlichen Erfahrungshintergrund verfügen, wie ihre Altersstruktur und ihr kultureller Hintergrund ist und wie sie sich – regional, überregional, national oder auch international - zusammensetzen (vgl. Hanft 2014, S. 64). Des Weiteren spielen Fragestellungen bezogen auf die Lernvoraussetzungen und Lernstrategien sowie auf die Erfahrungen in der Nutzung von Lern-technologien eine signifikante Rolle (a.a.O.). Hieraus können Informationen mit Blick auf die Gestaltung der Lernprozesse und der Konzeptionierung des Instruktionsdesigns abgeleitet werden (a.a.O.). In Anlehnung an Keeton, Sheckley & Griggs (2012) betont Hanft (2014), dass erwachsene Lerner/-innen „besondere Anforderungen an Rahmenbedingungen, Supportstrukturen und die Gestaltung von Lernprozessen“ stellen und diese von ihnen „insbesondere im Hinblick auf Effizienz und Effektivität bewertet werden“ (ebd., S. 63).

Die Relevanz der Zielgruppenanalyse für eine auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Angebotsentwicklung verdeutlicht das sich anschließende Beispiel des Projektes PONTs („Potenziale nicht-traditionell Studierender nutzen – Herausforderungen des demographischen Wandels aufgreifen“)⁵ an der Katholischen Hochschule Berlin (KHSB).

4.1.2 Praxisbeispiel

Benjamin Klages

Die Zielgruppenanalyse stellt einen wichtigen Moment in einem didaktischen Gestaltungsprozess dar, der dem Lehrhandeln vorgängig ist und dennoch oder gerade deshalb in bedeutendem Maße Einfluss auf das spätere Lehren und Lernen im Studium nehmen kann. Die hier skizzierte und erprobte Form im Rahmen des Projektes PONTs bietet einen Einblick in ein vielschichtiges und mehrstufiges Vorgehen, das diesen Anspruch konzeptionell realisiert hat. Die Darstellung gliedert sich dabei entlang der aus der Sicht des Projektes entscheidenden Fragen.

Wer wird analysiert?

Aufgrund des neuen Themenfelds des zu planenden Studiengangs Soziale Gerontologie musste im Vorfeld der Analyse eine Annäherung an die potenzielle Zielgruppe erfolgen. Daher nehmen

⁵ Webseite des Projektes PONTs verfügbar unter: <http://www.khsb-berlin.de/forschung/aktuelle-projekte/ponts/> [12.05.2014].

wir in mehrerlei Hinsicht Differenzierungen vor. Grundsätzlich wird unterschieden in *aktuell* Studierende in sozialwissenschaftlichen Studiengängen und in *potenziell* Studierende im Studiengang Soziale Gerontologie. Ersteres mit dem Fokus, sowohl die bestehenden Studiengänge der Hochschule zu verändern als auch Hinweise für einen neuen, formal und in Teilen auch inhaltlich vergleichbaren Studiengang zu generieren. Zweitens, um eine Zielgruppe zu charakterisieren, die den neuen berufsbegleitenden Studiengang an der Schnittstelle der Bereiche Gesundheit/Pflege und Sozialwissenschaften/Soziale Arbeit studieren wird.

Darüber hinaus kommt eine weitere Unterscheidung zum Tragen; auf der einen Seite die Selbst-Beschreibung der jeweiligen Zielgruppe, auf der anderen Seite die Zu- und Beschreibungen von anderen, feldspezifischen Akteursgruppen. Erstgenannte Gruppe – darin enthalten Absolventinnen und Absolventen, Studierende oder Interessierte am Studium – charakterisiert sich quasi selbst, indem sie die eigene Situation und die daraus formulierbaren Erfahrungen, Bedarfe und Interessen beschreibt. Die feldspezifischen Akteursgruppen – so zum Beispiel Hochschullehrende, Verwaltungsmitarbeitende und Expertinnen und Experten im beruflichen Zusammenhang – fokussieren stärker die konkreten Handlungsfelder Hochschule/berufsbegleitendes Studium oder eben zu erwartende, berufsfeldspezifische Zusammenhänge. In dieser Perspektive geht es stärker um die feststellbaren, strukturellen Bedingungen und Bedarfslagen, im Sinne von Erfahrungen und Interessen, sowie die daraus resultierenden Anforderungen für die jeweilige

Zielgruppe, anhand derer die zu bestimmende Zielgruppe jetzt

oder auch später kompetent handeln soll.

Eine Zielgruppenanalyse in dieser Manier berücksichtigt diverse Perspektiven (s. Abb. 2) auf die je spezifische Zielgruppe in ihrem aktuellen und/oder zu erwartendem

Handlungsfeld – als Skizze sowohl eines Erfahrungsraums als auch eines Erwartungshorizonts – und strebt darüber ein vollständigeres Bild der Zielgruppe an,

vergleichbar mit einem Puzzle. Im Folgenden werden einzelne Personen und ihre jeweiligen Foki aufgelistet:

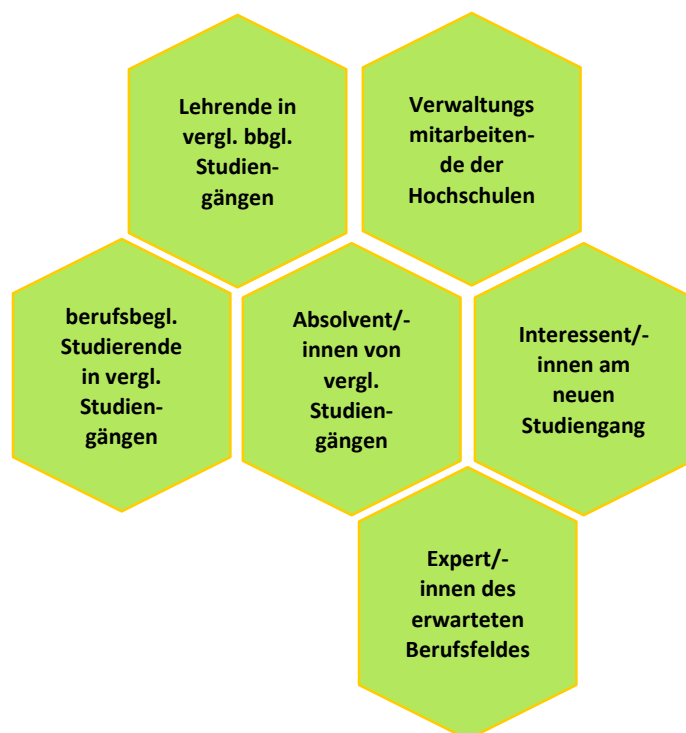


Abbildung 2: Perspektiven auf die jeweilige Zielgruppe

- *Studierenden im berufsbegleitendem Studiengang Soziale Arbeit⁶ an der Katholischen Hochschule Berlin (KHSB) und zudem auch an vergleichbaren, hierfür kooperierenden Hochschulen⁷.* Diesen Beschreibungen der eigenen Lebens- und Studiensituation und entsprechende Hinweise zu Umgangsweisen mit vorhandenen Studienstrukturen sollen Hinweise auf (spezifische) Bedingungen für erfolgreiches berufsbegleitendes Studieren sozialwissenschaftlicher Studiengänge geben, beispielsweise biographische Zugangsvoraussetzungen, Präferenzen bezüglich konkreter Studierinhalte und -formen parallel zur Berufstätigkeit.
- *Absolventinnen und Absolventen des berufsbegleitenden Studiengangs Soziale Arbeit⁸ an der KHSB und an kooperierenden Hochschulen (s.o.).* In dieser Perspektive wird eine Form der Bilanzierung der eigenen Erfahrungen sowohl während als auch nach dem Studium realisiert, beispielsweise in Hinblick auf hilfreiche Unterstützungsstrukturen der Hochschule, als (nicht-/)zielführend erlebte Momente der Studienaushandlung und konkrete beruflichen Folgen.
- *Lehrende in berufsbegleitenden Studiengängen an der KHSB⁹ als zentrale Akteurinnen und Akteure der Ausgestaltung von Studienstrukturen.* Aus dieser Perspektive werden spezifische Handlungsweisen im Umgang mit und Einschätzungen in Hinblick auf die Zielgruppe einsehbar, wie beispielsweise wahrgenommene Spezifika des Lehrens in berufsbegleitenden Studiengängen und entsprechend notwendige Anpassungen von Studienstrukturen.
- *Verwaltungsmitarbeitende der Hochschule¹⁰,* die neben den Lehrenden eine weitere bedeutsame Schnittstelle in der Interaktion von Hochschulstrukturen mit Studierenden darstellen und darüber auch potenziell spezifische Umgangsweisen mit und Einschätzungen in Hinblick auf die Zielgruppe beschreiben können, beispielsweise wahrgenommene Anforderungs- und Unterstützungsbedarfe und entsprechend notwendige Anpassungen von Studien- und Hochschulstrukturen.
- *Expertinnen und Experten aus relevanten Handlungszusammenhängen des skizzierbaren Berufsfeldes* wie politische Fach-Vertreter/-innen auf kommunaler Ebene, Akteurinnen und Akteure in Berufsverbänden, potenzielle Arbeitgeber/-innen; diverse Fachvertreter/-innen von Hochschulen beziehungsweise aus der Wissenschaft; im Kern also Gestalter/-innen im beruflichen Handlungsfeld der Zielgruppe, die entlang der dort identifizierbaren Bedarfe ideale Charakteristika von Absolventinnen und Absolventen eines Studiengangs Soziale Gerontologie skizzieren.

6 Insgesamt haben sich 348 Studierende aus diversen Studienkohorten an der Online-Befragung beteiligt. An Gruppeninterviews an der KHSB wurden die Studienkohorten (Sem. 1,3 und 7) zu einem Zeitpunkt einbezogen.

7 Als Kooperationspartner konnten vier Hochschulen in kirchlicher Trägerschaft und mit identischem Studienangebot gewonnen werden.

8 Insgesamt wurden 97 Absolventinnen und Absolventen, deren Abschluss im Schnitt zwei Jahre zurück lag, befragt.

9 Insgesamt haben sich 8 Lehrende eingebracht.

10 Akteure in folgenden Bereichen: Prüfungsbüro, Servicestelle, Studienorganisation

- *Arbeitnehmer/-innen in nahegelegenen respektive potenziellen beruflichen Handlungsfeldern*, die als Mitglieder im entsprechenden Berufsverband¹¹ die Interessen der dort organisierten Expertinnen und Experten konkret beschreiben und als mögliche Studierende entsprechende Perspektive realisieren können.

Wie und Wann werden Daten gesammelt?

Die Genese der zielgruppenspezifischen Daten erfolgt entlang des Prozesses der Studiengangsentwicklung (s. Abb. 3). Das entsprechende Wissen wird dabei als konkretisierte Entscheidungsgrundlage im Entwicklungsprozess genutzt. Wiederum werden Form und Zeitpunkt der Wissensgenese an pragmatischen Kriterien entschieden und zwar weniger zur „Vereinfachung“ der Realisierung des Konzepts, als mehr um den Nutzungsgrad der Zielgruppenanalyse insgesamt zu erhöhen. Neben Ressourcenfragen und realen Kontaktmöglichkeiten zu relevanten Akteursgruppen ist vor allem das jeweilige Erkenntnisinteresse im Prozess ausschlaggebend für die Wahl von Wie und Wann.

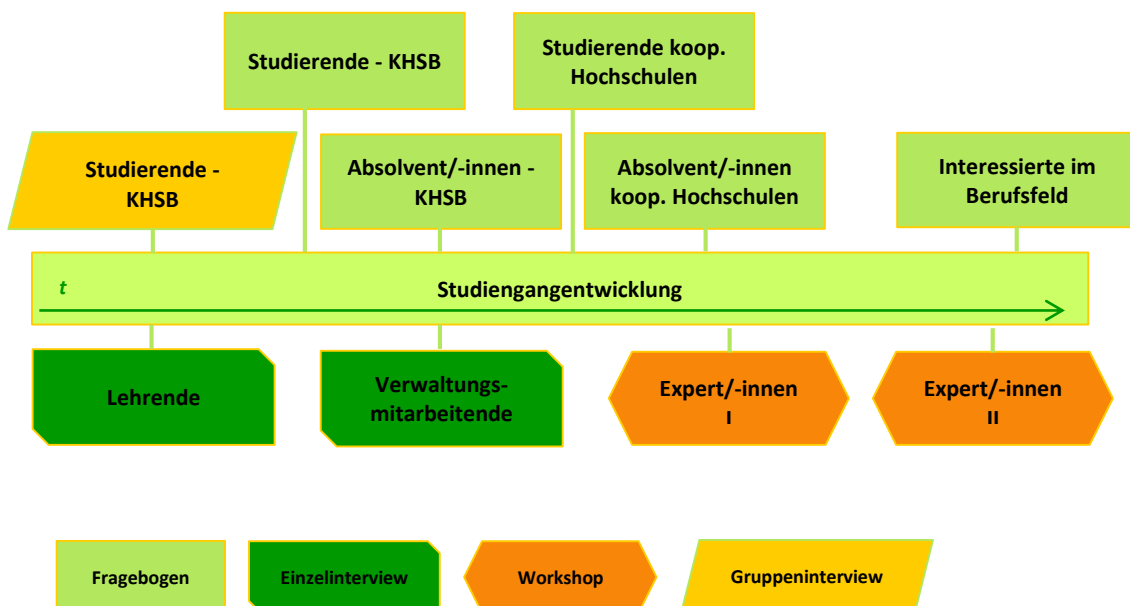


Abbildung 3: Formen der Bezugnahme der Perspektiven auf die Zielgruppe im Prozess der Studiengangentwicklung

Das WANN - Über die zeitliche Dimensionierung werden eingangs überwiegend die bestehenden und hier zuvorderst die hochschulischen Strukturen in den Blick der Betrachtung genommen. So wurden hier die Interviews mit den unterschiedlichen, bereits genannten Beteiligten an den hiesigen berufsbegleitenden Studiengängen geführt. In diesem Zuge geht es um die studiengangübergreifende Entwicklung und Erprobung von zielgruppenspezifischen hochschulischen respektive didaktischen Elementen der Ausgestaltung berufsbegleitenden

¹¹ Über den Newsletter wurden vor allem besagte Mitglieder direkt kontaktiert, jedoch zusätzlich in sozialen Online-Netzwerken auch andere interessierte Personen angesprochen, so dass insgesamt 60 Personen an der Befragung beteiligt waren.

Studierens. Im weiteren Verlauf des Vorgehens verlagert sich dann der Fokus auf die Interessenlagen und Einschätzungen seitens des Berufsfeldes in Hinblick auf die inhaltliche und formale Ausrichtung des zu entwickelnden Studiengangs. In diesem Abschnitt werden die intensiven Workshops mit den Expertinnen und Experten durchgeführt sowie die Rückmeldungen der interessierten Arbeitnehmer/-innen zu dem, was konkret als vom neuen Studiengang präsentierbar ist, als kritischer Kommentar eingeholt.

Das WIE - Die diversen Formate zur Datengenese werden verstanden als Ansätze der Gestaltung von Kommunikationsmomenten der Studiengangentwickler/-innen mit den spezifischen oben genannten Personen(-Gruppen). Dabei variiert deutlich der Grad an Offenheit und Strukturierung dieser Momente. Dies ist einerseits bedingt durch die (Un-)Sicherheit gegenüber dem bereits verfügbaren, spezifischen Wissen im jeweiligen Bereich beziehungsweise der spezifischen Perspektive, das heißt die Frage nach verfügbarem Wissen über die Zielgruppe und die Anforderungen an sie. Andererseits können solche Momente Einfluss nehmen auf das abgebildete Wissensspektrum, das im Entwicklungsprozess des Studiengangs berücksichtigt werden wird. Die an Methoden sozialwissenschaftlicher Forschung orientierten Formate, unterschieden anhand der Darstellungsformen in Abb. 3, sind:

- *teil-strukturiertes Gruppeninterview* – potenziell weiter Zugang zu relevanten Erfahrungsräumen und diversen Interessenlagen
- *standardisierte Onlinebefragung* – vergleichsweise enggeführte Abfrage und Kommentierung von als relevant erachteten Themenclustern
- *teil-strukturiertes Einzelinterview* – konkretisierte Einblicke in je spezifische, professionelle Erfahrungsräume und entsprechende Handlungsperspektiven
- *Workshop* – potenziell weiter Zugang zu sowohl relevanten Erfahrungs- als auch relevanten Erwartungsräumen

Was kann geklärt werden?

Die durch die Analysen gewonnen Erkenntnisse können das verfügbare Wissen zu Zielgruppen - sowohl inhärent in den bestehenden, hiesigen Studien- und Berufsfachstrukturen als auch explizit in der fach- und hochschuldidaktischen Diskussion - weitgehend bestätigen, teilweise differenzieren und in mancher Hinsicht umformulieren.

Die diversen, hier dokumentierten Perspektiven auf das, was im Zusammenhang der Zielgruppe interessiert, beschreiben ein relativ homogenes Bild dessen, was gemeinhin als Heterogenität der Studierendenschaft, vor allem im Zusammenhang mit der Offenen Hochschule diskutiert wird. Mit dem Fokus auf berufsbegleitende Studiengänge und ihre Studierenden wird dabei im Wesentlichen die Skizze einer Studierendengruppe entworfen, die in hohem Maße als homogen wahrgenommen wird. Zwar sind weiterhin typische Differenzierungen zu sogenannten traditionellen Studierenden nachvollziehbar, vor allem in Hinblick auf Zugangsvoraussetzungen zum Studium wie beispielsweise bei der Bildungs- und Berufsbiographie oder der allgemeinen

Lebenssituation, jedoch sind gleichzeitig als Charakteristika der Gruppe sehr ähnliche Interessens- und Erwartungslagen sowie Handlungsweisen nachvollziehbar.

Beispielsweise berichten die Lehrenden – was bestätigend aus den Erhebungen mit den Studierenden rekonstruierbar ist –, dass die berufsbegleitend Studierenden in der Regel durch eine hohe Studienmotivation und Beteiligung in Veranstaltungen, eine starke Einforderung von expliziten Praxisbezügen und einhergehend durch die Anreicherung der Lehre durch die Berufs- und Lebenserfahrungen identifizierbar sind. Als Konsequenzen für die Ausgestaltung der Lehre leiten die Lehrenden daraus ab, dass die Lehre ausdrücklich Anschlüsse an die Berufserfahrungen schaffen sollte, beispielsweise im Sinne von partizipativer Lehre die sich an Interessen und relevanten Fragestellungen der Beteiligten orientiert und dabei genauso den Transfer von Theorie- auf Praxisfragen - und umgekehrt - wie auch die Verbindungen der verschiedenen Fachlichkeiten, nicht allein in Verantwortung bei den Studierenden lässt. Diversität zeigt sich hier also nicht buchstäblich einfach, sondern wird erst über einen Vergleich der unterschiedlichen Studiengruppen miteinander, oder weiter gedacht als soziales Phänomen, in der Wahrnehmung von komplexen beruflichen Anforderungsstrukturen, gebildet. In diesem Sinne weitergeführt kann die Frage nach dem Umgang mit Diversität dann auch didaktisch beantwortet werden.

Im Studiengangentwicklungsprozess im Rahmen des Projektes PONTS gehen wir damit davon aus, dass die gesellschaftlichen Veränderungen im Zuge der demographischen Entwicklung zu einem veränderten Bedarf an professionellen Kompetenzen im Kontext der Pflege und Betreuung älterer Menschen führen. Zum Aufgabenprofil der Professionellen in diesem Feld gehören laut Expertinnen und Experten neben konkreten pflegerischen Verrichtungen zunehmend Aufgaben der Prozesssteuerung und der Erschließung von sozialen und materiellen Ressourcen. Darüber hinaus sind im gerontologischen Praxisfeld insbesondere psychosoziale Kompetenzen, zum Beispiel in den Aufgabenfeldern der gerontopsychiatrischen Fachpflege, der Beratung oder der Sterbebegleitung gefragt und von ausgesprochenem Interesse für dortige Arbeitnehmer/-innen und potenzielle Studierende, die sich uns gegenüber dazu geäußert haben. Vor diesem Hintergrund bietet die KHSB einen berufsbegleitenden Bachelorstudiengang Soziale Gerontologie zur Ausbildung von hochqualifizierten Expertinnen und Experten an der Schnittstelle von pflegerisch-gesundheitsbezogenen und psychosozialen Herausforderungen im gerontologischen Praxisfeld an.

In einer am relativen Ende des Entwicklungsprozesses eingesetzten Online-Befragung potenziell Studieninteressierter standen bereits geplante organisatorische Elemente (zum Beispiel Art und Umfang der Präsenzblöcke, Studienschwerpunktangebote) sowie ein mögliches inhaltliches Interesse am Studiengang zur Abstimmung. Das hier erhobene Stimmungsbild diente der Begründung gegenüber internen Entscheidungsträgern und -gremien sowie der punktuellen Weiterentwicklung des Studienangebots.

4.2 Anrechnung

4.2.1 Theoretische Hinführung

Stefanie Kretschmer, Franziska Lorz & Anja Lull

Der Bereich der Anrechnung und Anerkennung von Kompetenzen ist – wie im Phasenkonzept (Hanft 2012) dargestellt – zum einen übergreifend als Bestandteil des Schnittstellenmanagements einzuordnen. Bezogen auf das jeweilige Studienprogramm beziehungsweise -angebot kann es zum anderen im Rahmen der Programm- und Angebotsentwicklung im Kontext der Erstellung von Ordnungen und der damit verbundenen Genehmigungsverfahren behandelt werden.

Im Rahmen der Diskussion um die strukturelle und soziale Durchlässigkeit der Bildungssysteme wird seit Bologna unter anderem eine Verbesserung des Zugangs zu einem Hochschulstudium in Deutschland angestrebt. Dies soll sowohl der Sicherung des zukünftigen Fachkräftebedarfs und der schnelleren Implementierung neuen Wissens in die Praxis dienen als auch den allgemeinen Anforderungen an lebenslanges Lernen gerecht werden.

Im Zuge dieser Diskussionen wurden in den 2000er Jahren von der Politik Maßnahmen zur Erweiterung der Zugangswege in die Hochschulen angestrebt, die unter dem Stichwort „offene Hochschulen“ umgesetzt werden. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Durchlässigkeit vom beruflichen Bildungswesen in die Hochschule. Dies ist letztlich auch der Tatsache geschuldet, dass berufliches Lernen einen immer höheren Komplexitätsgrad erreicht hat und der Übergang zu akademischen Lerninhalten in einigen Bereichen fließend ist. Um Bildungswege nicht unnötig zu verlängern, besteht für Studierende die Möglichkeit, außerhochschulisch erworbene Kompetenzen anrechnen zu lassen. Dies kann sowohl formal erworbene Kompetenzen (zum Beispiel durch Aus-, Fort- oder Weiterbildung) oder informell erworbene Kompetenzen („learning by doing“, „training on the job“) betreffen. Die Hochschulen sind sowohl durch die jeweilige Ländergesetzgebung, als auch durch nationale und supranationale Abkommen (zum Beispiel Lissabon-Konvention) dazu aufgefordert, Anerkennung hochschulischer und Anrechnung außerhochschulischer Kompetenzen durchzuführen.

Hervorzuheben ist, dass in Deutschland „Anrechnung“, „Zugang“ und „Zulassung“ getrennt voneinander behandelt werden müssen (vgl. u. a. Hanft & Müskens 2013). Anrechnung bezieht sich auf „Studienteile (zum Beispiel Module oder Semester) und die mit ihnen verbundenen Anforderungen (Prüfungs- oder Studienleistungen)“ (ebd., S. 223). Der Begriff „Anerkennung“, im Englischen „recognition“, rekuriert auf unterschiedliche Aspekte. So fokussieren die „European Guidelines for validating non-formal and informal learning“ des Europäischen Zentrums für die Förderung der Berufsbildung (CEDEFOP 2009) zum einen „formal recognition“ und zum anderen „social recognition“ (ebd., S. 76). Die Begriffe „Zulassung“, „Anerkennung“ und „Anrechnung“ werden im Folgenden kurz gefasst dargestellt, wobei jeweils exemplarisch auf die entsprechenden Passagen des Berliner Hochschulgesetzes hingewiesen wird:

- **Zulassung** zum Studium – im Landeshochschulgesetz wird die Zulassung von Personen ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung zum Studium geregelt (vgl. § 11, BerlHG).
- **Anerkennung** von Teilnahme-, Studien- und Prüfungsleistungen, die an einer anderen Hochschule erworben wurden (vgl. § 23a, BerlHG)¹².
- **Anrechnung** von Kompetenzen – Regelungen in den Landeshochschulgesetzen müssen an den Hochschulen umgesetzt werden. Die Anrechnung von gleichwertigen¹³ außerhochschulisch erworbenen Kompetenzen auf ein Studium erfolgt mit dem Ziel der Ersetzung von Teilnahme-, Studien- und Prüfungsleistungen (Modulen oder Teilmodulen¹⁴), sodass diese nicht mehr studiert werden müssen (vgl. § 23a, BerlHG).

Maßgeblich für die Anrechnungsdebatte in Deutschland sind die entsprechenden Beschlüsse der Kultusministerkonferenz (KMK) von 2002 und 2008. Der KMK-Beschluss vom 28.06.2002 zur „Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium“ besagt, dass außerhalb des Hochschulwesens erworbene Kenntnisse und Fähigkeit auf ein Hochschulstudium angerechnet werden können, wenn sie nach Inhalt und Niveau gleichwertig sind. Dabei können bis zu 50 % eines Hochschulstudiums über die Anrechnung ersetzt werden (vgl. KMK 2002). Der Anrechnungsbeschluss vom 18.09.2008 konkretisiert basierend auf dem Beschluss von 2002 die Verfahren der Anrechnung und eröffnet die Möglichkeit der pauschalen und individuellen Anrechnung sowie den Weg der Anrechnung über eine Einstufungsprüfung (vgl. KMK 2008). Die Auslegungshinweise zu den „Ländergemeinsamen Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen vom 04.02.2010“ formulieren zum Punkt 1.3. „Anrechnung: ‚Nachgewiesene gleichwertige Kompetenzen und Fähigkeiten, die außerhalb des Hochschulbereichs erworben wurden, sind bis zur Hälfte der für den Studiengang vorgesehenen Leistungspunkte anzurechnen‘ wie folgt: „Außerhalb des Hochschulbereichs erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten, aufgrund derer der Zugang zum Studium eröffnet wurde, können zusätzlich auch angerechnet werden“ (Auslegungshinweise 2010, S. 4). Insofern ist hier die Option der Verknüpfung von Hochschulzugang und Anrechnung für die Hochschulen gegeben.

¹² Dies schließt die Teilnahme-, Studien- und Prüfungsleistungen ein, die in Ländern des Geltungsbereichs der Lissabon-Konvention erbracht wurden. (Vgl. dazu Lissabon 2012).

¹³ Gleichwertig meint nicht gleichartig.

¹⁴ An der KHSB häufig als Modulbausteine bezeichnet.

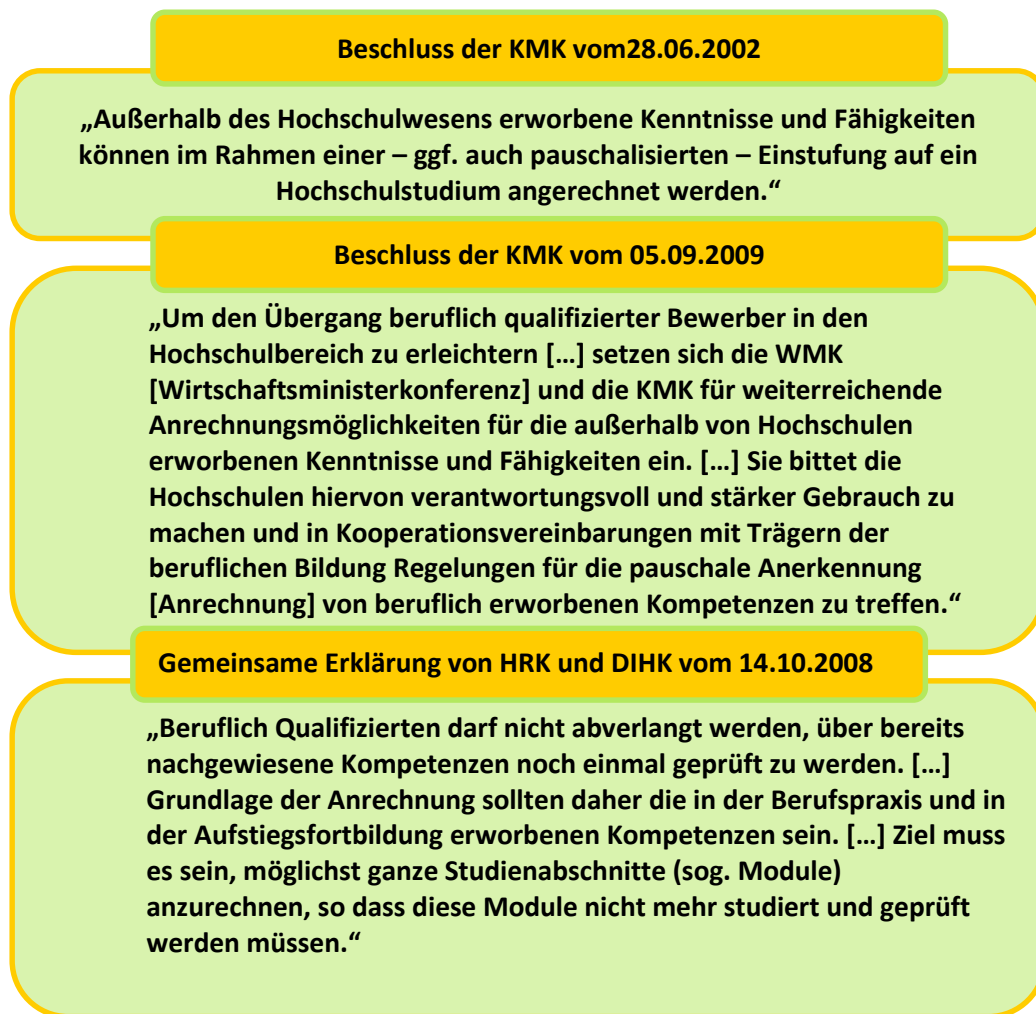


Abbildung 4: Rahmenvorgaben der Anrechnung

Die Ausgestaltung der Landeshochschulgesetze in Bezug auf die Anrechnung von Kompetenzen stellt sich als sehr heterogen dar (vgl. Freitag 2011, S. 204). Exemplarisch hierfür seien an dieser Stelle das Berliner Hochschulgesetz und das Sächsische Hochschulfreiheitsgesetz genannt.

Berliner Hochschulgesetz

„§ 23a Studienübergänge, Anrechnung von Ausbildungs- und Studienleistungen

(1) (...) In der Prüfungsordnung vorgesehene Kompetenzen, die außerhalb der Hochschulen erworben worden sind, sind bis zur Hälfte der für den Studiengang vorgesehenen Leistungspunkte anzurechnen. (...)

(2) Die Hochschule, an der ein Studium aufgenommen oder fortgesetzt wird, entscheidet über die angemessene Anrechnung nach Absatz 1. Die Entscheidung trifft der zuständige Prüfungsausschuss der Hochschule, in Studiengängen, die mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen werden, das zuständige Prüfungsamt, soweit nicht die Prüfungsordnung eine pauschalierte Anrechnung oder eine andere Zuständigkeit vorsieht.

(3) In einer besonderen Hochschulprüfung (Einstufungsprüfung) können Studienbewerber oder Studienbewerberinnen mit Hochschulzugangsberechtigung nachweisen, dass sie über Kompetenzen verfügen, die eine Einstufung in ein höheres Fachsemester rechtfertigen.“

Abbildung 5: Anrechnung im Berliner Hochschulgesetz

Das Sächsische Hochschulfreiheitsgesetz trifft keine Aussage zur Anrechnung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen. Auf der Grundlage der KMK-Empfehlungen können die sächsischen Hochschulen allerdings Anrechnungen durchführen, wenn dies die Ordnungen der Hochschule entsprechend vorsehen. Die Nicht-Erwähnung der Anrechnung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen im Hochschulgesetz erschwert jedoch die Durchsetzung solcher Regelungen in den Hochschulgremien.

Zudem ist anzunehmen, dass ebenfalls in der Umsetzung der Anrechnungsbeschlüsse auf der Ebene der Hochschulen ein hohes Maß an Diversität besteht, dies unter anderem im Hinblick auf die Anrechnungsverfahren, die Expertise der beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie bezogen auf die strukturelle Verankerung und strategische Einbettung.

Die strukturelle Verankerung der Anrechnungsregelungen findet sich häufig entweder in den allgemeinen Prüfungsordnungen (siehe PO der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin) oder in den Ordnungen der Studiengänge, in welchen Anrechnungen stattfinden sollen. Nur wenige Hochschulen haben bislang Anrechnungsordnungen erlassen (wie beispielsweise die Westsächsische Hochschule Zwickau).

**Allgemeine Ordnung für das Studium und die Prüfungen an
der KHSB (AO-StuP) in der geänderten Fassung vom
26.09.2012**

§ 9 Anrechnung von Studien- und Prüfungsleistungen, Studienmodulen und Studienzeiten (3) Für Studienzeiten, Studienleistungen und Prüfungsleistungen in staatlich anerkannten Fernstudien, an anderen Bildungseinrichtungen, insbesondere an staatlichen oder staatlich anerkannten Berufsakademien sowie für multimedial gestützte Studien -und Prüfungsleistungen gelten die Absätze 1 bis 2 (Anrechnung von hochschulisch erworbenen Kompetenzen entsprechend. Eine Anrechnung außerhalb der Hochschule erworbener Kompetenzen kann maximal in Höhe der Hälfte der für den Studiengang vorgesehenen Leistungspunkte erfolgen. Die jeweiligen Fachdozentinnen und Fachdozenten sind zu hören.

Abbildung 6: Anrechnung in der Prüfungsordnung der Katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin (KHSB)

Welche Zielsetzungen impliziert Anrechnung? Hanft & Müskens (2013) führen hier die Flexibilisierung der Übergänge zwischen den Bildungssystemen, die individuellere Planung des eigenen Bildungsweges und die Anerkennung und Anrechnung von Lernergebnissen unabhängig vom Lernkontext an (vgl. ebd., S. 224f.) Eine weitere Zielsetzung ist darüber hinaus die Anrechnung von Studienleistungen auf eine berufliche Aus- oder Fortbildung.

Die Entwicklung von Anrechnungsverfahren erfolgt in erster Linie drittmittelfinanziert im Rahmen von Programmen auf Bundes- und Länderebene. Eine maßgebliche Rolle spielt die seit 2005 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Initiative ANKOM „Anrechnung beruflicher Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge“ (vgl. ANKOM 2014). Gegenwärtig werden hier in der dritten Phase bundesweit 20 Projekte gefördert, um Maßnahmen des Übergangs an die Hochschulen zu implementieren und zu erproben. Die erste Phase der Initiative von 2005 bis 2008 bezog sich auf die Entwicklung und Erprobung von Anrechnungsverfahren.¹⁵ Als weitere hiermit verknüpfte Gegenstandsbereiche standen die Lernergebnisbeschreibung und die Äquivalenzbeurteilung im Zentrum (vgl. Stamm-Riemer, Loroff & Hartmann 2011, S. 10). Zu den entwickelten Anrechnungsverfahren liegen diverse Publikationen vor, auf die an dieser Stelle lediglich hingewiesen werden soll.¹⁶

Die Verfahren der Anrechnung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen können nach pauschalen und individuellen Verfahren differenziert werden. Daneben sind kombinierte Verfahren möglich.

- In **pauschalen Anrechnungsverfahren** werden Kompetenzen (zum Beispiel aus beruflicher Qualifikation) im Rahmen einer Äquivalenzprüfung hinsichtlich ihrer Anrechenbarkeit auf bestimmte Studiengänge bewertet und dann im Rahmen eines

¹⁵ Eine Übersicht der in dieser Phase geförderten Projekte steht auf der Webseite von ANKOM zur Verfügung: <http://ankom.his.de/archiv/entwicklung> [21.01.2014].

¹⁶ Vgl. u. a. Freitag, Walburga K. (Hrsg.) (2009). *Neue Bildungswege in die Hochschule. Anrechnung beruflich erworbener Kompetenzen für Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bielefeld: wbv.

pauschalierenden Anrechnungsverfahrens angerechnet. Die Verfahren sind personenungebunden und für homogene Zielgruppen geeignet. Die Entwicklung der Verfahren ist vor allem bei bereits bestehenden Studiengängen aufwändig, der anschließende Durchführungsaufwand gering.

- **Individuelle Anrechnungsverfahren** sind antragsgebunden. Antragsteller/-innen müssen die geltend gemachten Qualifikationen dokumentieren. In einem hochschuleigenen Verfahren werden diese im Rahmen einer Äquivalenzprüfung hinsichtlich ihrer Anrechenbarkeit bewertet. Dieses Verfahren ist für eher heterogene Zielgruppen geeignet und mit einem hohen Durchführungsaufwand verbunden.

Das folgende Beispiel gibt einen konkreten Einblick in das Verfahren der individuellen Anrechnung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen im Projekt PONTs der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB).

4.2.2 Praxisbeispiel

Anja Lull

Die Projektgruppe Anrechnung des Projektes PONTs („Potenziale nicht-traditionell Studierender nutzen – Herausforderungen des demographischen Wandels aufgreifen“) hat die Hochschulleitung dabei unterstützt, ein Verfahren für die individuelle Anrechnung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen zu entwickeln. Dabei ging sie von folgenden hochschulinternen Prämissen aus:

- Ein pauschales Anrechnungsverfahren kommt aufgrund der heterogenen Voraussetzungen der Studieninteressierten und Studienanfänger/-innen vorerst nicht infrage.
- Aus verfahrenstechnischen Gründen werden ausschließlich formale außerhochschulisch erworbene Kompetenzen angerechnet. Eine Äquivalenzprüfung von informell erworbenen Kompetenzen wäre für die Größe der Hochschule mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden.
- Eine Anrechnung auf Ethik- oder Anthropologiemodule erfolgt aufgrund des besonderen Profils der Hochschule nicht.
- Die Möglichkeit der Antragsstellung auf Anrechnung ist erst nach einer Immatrikulation und nur innerhalb des 1. Studiensemesters an der KHSB möglich.

Verfahren der Anrechnung individueller Kompetenzen

Unter Beteiligung verschiedener Stellen ist das Verfahren wie folgt geregelt:

1. Die Antragstellenden überprüfen anhand einer **Checkliste**, ob eine Antragstellung überhaupt möglich ist. In dieser Checkliste wird erfragt, ob
 - a. eine Immatrikulation in einen Studiengang an der KHSB vorliegt,
 - b. der gewünschte anzurechnende Bildungsabschluss innerhalb der vergangenen 5 Jahre erworben wurde,

- c. der anzurechnende Berufsbildungsabschluss im Berufsfeld Soziales einem Sozialberufenerkennungsgesetz¹⁷ folgt bzw. mit einer staatlichen Anerkennung verbunden ist,
 - d. der anzurechnende Fort- oder Weiterbildungsabschluss für ein soziales Tätigkeitsfeld bei einem zertifizierten Träger im Umfang von mind. 200h erfolgte,
 - e. ein Nachweis über Inhalt und zeitlichen Umfang anhand von Dokumenten möglich ist.
2. Die Antragsstellenden erhalten eine **Informationsbroschüre**, in der sie über die Vor- und Nachteile einer Anrechnung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen aufgeklärt werden.
 3. Der Antrag (siehe unten) wird beim **Prüfungsamt** gestellt. Dort wird er formal geprüft und an die entsprechenden Modulverantwortlichen des Moduls weitergeleitet, dessen vollständige oder teilweise Anerkennung gewünscht wird oder möglich erscheint.
 4. Die **Modulverantwortlichen** prüfen innerhalb von 4 Wochen den Antrag inhaltlich auf **Äquivalenz** (siehe unten) zu ihrem Modul und empfehlen dem Prüfungsamt anschließend entweder
 - a. eine Ablehnung, da die außerhochschulischen Kompetenzen nicht äquivalent zu den Modulzielen sind,
 - b. eine Teilmodulanrechnung – in diesem Fall müssen die Antragstellenden eine Prüfungsleistung zum Modulabschluss in einem anderen Modulteil erbringen; oder
 - c. eine Gesamtmodulanrechnung – in diesem Fall wird das Modul mit „bestanden“ im Diploma supplement aufgeführt. Eine Übernahme der erbrachten Note ist nicht möglich.
 5. Der Prüfungsausschuss erlässt den **Bescheid** entsprechend der professoralen Empfehlung und das Prüfungsamt erfasst die Vorgänge statistisch. Ziel der Erfassung ist
 - a. eine Verfahrenserleichterung, da gleiche Fälle (zum Beispiel selbe Ausbildung, dasselbe Bundesland) nicht noch einmal geprüft werden müssen;
 - b. eine Verfahrenssicherung, da gleiche Fälle auch gleich behandelt werden können;
 - c. eine Zwischenauswertung nach ca. zwei Jahren, um die Möglichkeit der Einführung von pauschalen Verfahren zu prüfen.

¹⁷ Für Berlin siehe http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/docroot/r2/blobs/pdf/recht/r_00789.pdf, für Brandenburg siehe http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.47412.de [04.03.2014].

Antrag

Die Antragstellenden stellen portfolioähnlich folgende Inhalte zusammen:

	Studiengang KHSB	Anzurechnende Aus-, Fort- oder Weiterbildung
Abschluss	Studiengang, in dem Sie immatrikuliert sind und in dem Sie die Anrechnung außerhochschulisch erworbener Kompetenzen beantragen möchten	Bildungsgang (Aus-, Fort- oder Weiterbildung) mit erworbenem Abschluss, Name, Adresse sowie ggf. Homepage des Bildungsträgers; In der Anlage (beglaubigte) Kopie des Abschlusszeugnisses/Zertifikats
Beispiel	BA Soziale Arbeit (WS 2013/2014)	Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegerin. Krankenpflegeschule Berlin, Hauptstr. 99; 14199 Berlin; ISO 9001:2008-zertifiziert durch TÜV-Süd
Inhalte/ Kompetenzen	Fügen Sie hier die (Teil)Modulbeschreibung sowie den Titel, die Seite und die Nummer des (Teil-)Moduls ein, auf das Sie außerhochschulisch erworbene Module anrechnen möchten (s. Modulhandbuch).	Selbstbeschreibung/Lehrplan/ Curriculum des anzurechnenden Teils der Aus-, Fort- oder Weiterbildung; in der Anlage nachweisendes Dokument
Beispiel	<p>M12 Sozialmedizinische und psychiatrische Grundlagen der Sozialen Arbeit, S. 55</p> <p>Ziele (zit. aus Modulhandbuch): Die Studierenden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kennen Grundzüge sozial-psychiatrischer sowie psychologischer Diagnostik und Intervention ▪ können wissenschaftlich basierte Konzepte von Gesundheit, Krankheit und Behinderung/ Beeinträchtigung kritisch rezipieren ▪ kennen ausgewählte Methoden der Prävention, Gesundheitsförderung sowie der Rehabilitation im klinischen Kontext Sozialer Arbeit und kennen den Diskurs um Inklusion ▪ sind fähig zur kritischen Analyse vorhandener (und fehlender) Versorgungsstrukturen. 	<p>In Berlin dient der Rahmenlehrplan NRW als Grundlage für die Ausbildung (vgl. RLP NRW 2003). Relevant für die Anrechnung sind</p> <p>Lerneinheit IVa1: Pflege psychisch kranker und/oder abhängiger Menschen (S. 93)</p> <p>Lerneinheit I34.: Psychisch beeinträchtigte und verwirrte Menschen pflegen (S. 54)</p> <p>Lerneinheit III5.: „Arme“ und „reiche“ Menschen (S. 82)</p> <p>→ Hinweis: Die inhaltlichen Bezüge müssen die Studierenden z.B. in Form eines Lehrplanauszugs als Anlage einfügen.</p>

Zeitlicher Umfang	CP bzw. SWS	Stundennachweis
Beispiel	12 CP	I34.: 24h III5.: 16h IVa1.: 34h →Theorie 74h, zusätzlich 8-wöchiger Einsatz auf einer psychiatrischen Station: 320h, zusammen 394 Stunden, entspricht maximal 13 CP
Niveau		Wenn möglich, DQR-Einstufung (problemlose Anrechnung ab Stufe 5);
Beispiel		Gesundheits- und Krankenpflege-ausbildung DQR 5

Tabelle 1: Verfahren der Antragstellung zur Anrechnung individueller außerhochschulischer Kompetenzen an der KHSB

Äquivalenzprüfung

Um eine Äquivalenzprüfung zu ermöglichen und vor allem vom zeitlichen Umfang her handhabbar zu gestalten, werden Referenzsysteme genutzt. Zur Einschätzung des Niveaus der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung bietet sich der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) an. Entspricht diese Einstufung mindestens dem Level 5, kann ein Vergleich der inhaltlichen Ziele erfolgen. Hierbei bietet sich der Einsatz einer generischen Taxonomie, wie etwa der kognitiven Taxonomie nach Bloom¹⁸, an.

Dementsprechend müssen dazu sowohl für das Modul als auch für den anzurechnenden Bildungsgang formulierte Lernergebnisse herangezogen und verglichen werden.

Beispiel:

- (aus dem Modulhandbuch): „Die Studierenden kennen Grundzüge sozialpsychiatrischer sowie psychologischer Diagnostik und Intervention“ → nach Bloom Stufe 1, „Wissen“
- (aus dem Rahmenlehrplan NRW): „die Schülerinnen verfügen über ein psychiatrisches (...) Hintergrundwissen“ → nach Bloom Stufe 1, „Wissen“

Mögliche Schlussfolgerung: Die Inhalte des Theorieunterrichts sind äquivalent, der praktische Ausbildungsanteil kann nur bedingt berücksichtigt werden.

Mögliche Empfehlung an das Prüfungsamt: Anrechnung des Teilmoduls 11.2¹⁹, eine Modulprüfung muss noch abgelegt werden.

¹⁸ Für die genannten Zwecke bietet es sich an, die Formulierungen für kognitive Lernziele nach Bloom heranzuziehen. Eine für den Vergleich hilfreiche Verbenliste finden sich auf S. 5 des folgenden Dokuments:

https://www.seco-sachsen.de/fileadmin/upload/download_content/Handreichung_Formulierung%20von%20Lernzielen_secolayout_100302.pdf [19.05.2014].

¹⁹ Die Anrechnung ist allerdings nur dann möglich, wenn die anzurechnenden Kompetenzen aus der Aus-, Fort- oder Weiterbildung mindestens einem Modulteil entsprechen.

4.3 Kooperationen

4.3.1 Theoretische Hinführung

Stefanie Kretschmer

Die internationale Vergleichsstudie zu den Strukturen, der Organisation und den Angebotsformen der Weiterbildung an Hochschulen in sechs Ländern kommt zu dem Ergebnis, dass Kooperationen mit Universitäten oder Corporate Universities für österreichische und deutsche Universitäten „eher unüblich“ sind und Kooperationen vielmehr mit eigenen oder externen Fakultäten und Hochschullehrenden eingegangen werden (Hanft & Knust 2007, S. 78). Faulstich, Graeßner, Bade-Becker & Gorys (2007) heben, bezogen auf dieses Ergebnis, hervor, dass daraus nicht geschlossen werden könne, dass es keine Beziehungen zwischen Hochschulen und der Wirtschaft sowie zu Verbänden gäbe, aber: „formalisierte Kooperationen spielen in diesen Beziehungen jedoch eine untergeordnete Rolle“ (S. 144). Nach Maschwitz (2013) gehören Kooperationen in Studium, Lehre und Weiterbildung im Unterschied zu Forschungsk Kooperationen für öffentliche Hochschulen in Deutschland zu den bisher „wenig erprobten Feldern“ (ebd., S. 138).

Die mit dem Bologna-Prozess verbundenen Implikationen, bezogen unter anderem auf die Durchlässigkeit zwischen der beruflichen und der hochschulischen Bildung, der Schaffung flexibler Übergänge zum Studium sowie der Öffnung der Hochschulen für heterogene Zielgruppen machen Kooperationen zu einem zentralen Themenfeld für Hochschulen. Im Mittelpunkt stehen unter anderem Fragen im Hinblick auf die Anbahnung von Kooperationen mit außerhochschulischen Partnern (zum Beispiel Unternehmen, öffentliche Einrichtungen, außerhochschulische Bildungseinrichtungen), die Auswahl der Kooperationspartner sowie die Gestaltung der Kooperationsbeziehungen. Insbesondere im Kontext der Planung und Entwicklung von weiterbildenden Studienangeboten für berufstätige Zielgruppen stellen sich die Frage und das Erfordernis der Kooperation mit außerhochschulischen Partnern. Zu welchen Zeitpunkten und in welchen Phasen der Planung und Entwicklung von Studienangeboten werden die Kooperationspartner einbezogen? Die steigende Relevanz von Kooperationen zeigt sich u.a. in der Zunahme von wissenschaftlichen Publikationen und Studien zu diesem Thema (vgl. Maschwitz 2012, S. 129ff.). Hierzu tragen wesentlich Projekte und Initiativen auf Landes- und Bundesebene bei, in denen es explizit darum geht, die Hochschulen für heterogene Zielgruppen zu öffnen, flexible Lernformen zu schaffen und die berufliche Bildung stärker mit der hochschulischen Bildung zu verzahnen. Maschwitz (2012) führt aus, dass kein einheitlicher Kooperationsbegriff in der Literatur zu finden ist, dieser je nach fachdisziplinärem Zugang unterschiedlich abgrenzt und konnotiert wird (vgl. ebd., S. 131). Auf Basis der Literaturanalyse sowie unter Hinzuziehung von Ergebnissen einer eigenen empirischen Untersuchung kommt Maschwitz zu folgender Spezifizierung von Kooperation: „Kooperation ist die freiwillige, auf einer gleichrangigen Beziehung basierende Zusammenarbeit mehrerer Akteure, wobei durch wechselseitige Austauschprozesse eine höhere Zielerreichung (als ohne Kooperation) für alle

beteiligten Akteure erreicht wird. Das übergeordnete Ziel ist die Ausführung bzw. Unterstützung einer gemeinsamen Aufgabe/eines gemeinsamen Interesses“ (ebd., S. 132).

Welche Faktoren beeinflussen Kooperationen zwischen Hochschulen und externen Partnern? Am Beispiel der Kooperation zwischen Hochschulen und Wirtschaftsunternehmen stellt Maschwitz im Rekurs auf einschlägige Veröffentlichungen folgende Faktoren in den Mittelpunkt (ebd., S. 144ff.):

- Passende, vor allem rechtliche, finanzielle und kulturelle Kontextbedingungen und professionelle Strukturen an den Hochschulen.
- Eine gemeinsame strategische Ausrichtung von Hochschule und Kooperationspartner sowie das Vorhandensein einer inhaltlichen und methodischen Expertise in den Studiengängen, auf die sich die Kooperation bezieht.
- Schaffung von Vertrauen und der Aufbau tragfähiger Kommunikationsstrukturen zwischen der Hochschule und ihrer Kooperationspartner.

Sicherlich nicht zu unterschätzen sind die Herausforderungen, die sich beim Zusammentreffen unterschiedlicher Kulturen und Handlungslogiken ergeben können. Dies gilt insbesondere für eher „kooperationsunerfahrene“ Hochschulen. Zu bedenken ist des Weiteren, wie ein gemeinsames Verständnis der Kooperation hergestellt werden kann, was die gemeinsame Zielsetzung ist und was identitätsstiftende Elemente sein können. Nur wenn alle Beteiligten von der Kooperation profitieren können, ist diese erfolgversprechend und nachhaltig.

Vor dem Hintergrund der auf bildungs- und arbeitsmarktpolitischer Ebene geführten Diskussion um eine Akademisierung von Gesundheits- und Pflegefachberufen ergibt sich in der Entwicklung von entsprechenden Studienprogrammen beziehungsweise -angeboten auf Bachelor- und Masterniveau die Notwendigkeit einer engen und nachhaltigen Kooperation mit Praxispartnern. Mit Bezug auf das oben dargestellte Phasenmodell der Planung, Entwicklung und des Managements von Studienprogrammen (Hanft 2012) ist eine Einbindung der Praxis- bzw. Kooperationspartner zu unterschiedlichen Zeitpunkten denkbar, in jedem Fall im Rahmen der Nachfrage- und Zielgruppenanalyse sowie im Kontext der Curriculumsentwicklung.

Das folgende Beispiel verdeutlicht, wie Kooperation gelingen kann und welche spezifischen Faktoren hier eine Rolle spielen. Vorgestellt wird das Projektmodell „Kooperative Curriculumsentwicklung“ im Rahmen des Projektes „„Entwicklung neuer Formen berufsbegleitender Studiengänge (BEST WSG – Berufsintegrierte Studiengänge zur Weiterqualifizierung im Sozial- und Gesundheitswesen)“²⁰ an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld.

²⁰ Webseite des Projektes BEST WSG verfügbar unter: http://www.offene-fh.de/cms/Forschung/Offene_Hochschule/Ziele/271 [12.05.2014].

4.3.2 Praxisbeispiel

Michael Kriegel

Kranke und alte Menschen zu pflegen erfordert zunehmend komplexeres Wissen und interdisziplinäre Kompetenz, nicht zuletzt aufgrund neuer technischer Möglichkeiten bei Diagnosen und Therapien. Im Hinblick auf die Ausbildung und Qualifizierung muss das Bildungssystem deshalb in besonderem Maße antizipieren, wie sich der Bedarf langfristig entwickelt. Hieraus ergeben sich neue Formen des Lernens, wie zum Beispiel kompetenzbasierte Methoden mit hoher klinischer Relevanz und ein evidenzbasiertes Handeln mit kritisch-reflektierendem Theorie-Praxis-Transfer.

Ein Fundament dieser turmhohen Anforderungen ist das systematische Zusammenspiel unterschiedlicher Ausbildungsakteurinnen und -akteure und die strukturelle Verknüpfung mit der Praxis. Kein einfaches Unterfangen in Zeiten, in denen keiner so richtig weiß, wohin die Reise in der Pflegeausbildung eigentlich geht. Allerdings sollte dies nicht davon abhalten, Modelle zu entwickeln, die innovativ nach vorne zeigen und mögliche Optionen für den Pflegeberuf der Zukunft generieren. Diesem Verständnis folgend hat das Verbundprojekt „BEST WSG – Berufsintegrierte Studiengänge zur Weiterqualifizierung im Sozial- und Gesundheitswesen“ an der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld (FHdD) das Konzept eines kumulativen Bachelorstudiengangs entwickelt, der basierend auf dem Projektmodell „Kooperative Curriculumsentwicklung“ betriebliche und hochschulische Bildung miteinander verschränkt und gleichzeitig praktische Bedarfslagen und strukturelle Rahmenbedingungen in die curriculare und organisatorische Ausgestaltung dieses berufs- und ausbildungsbegleitenden Pflege-Studiengangs einbezieht.

Das Modell der „Kooperativen Curriculumsentwicklung“ wurde für alle im BEST WSG Projekt anvisierten und zu entwickelnden Studiengänge installiert. Ziel hierbei ist es, kein hochschulinternes und von der Praxis abgekoppeltes Verfahren der Studiengangentwicklung zu praktizieren, sondern von vornherein und unmittelbar Expertinnen und Experten aus der beruflichen Weiterbildung und der Unternehmenspraxis an der Identifizierung, Planung und Entwicklung neuer Studiengänge zu beteiligen. Bei der Konzeptionierung des kumulativen Pflege-Studiengangs (BA) ist die Fachgruppe (bestehend aus der Studiengangleitung, Lehrbeauftragten und Projektverantwortlichen) noch einen Schritt weitergegangen und hat neben der Weiterbildung (Bildung & Beratung) und den Sozialunternehmen (Kliniken) den fachschulischen Bereich (Fachschule für Altenpflege/Zentralschule für Gesundheitsberufe) in die Kooperation eingebunden.

Somit verläuft die Zusammenarbeit zwischen der Fachhochschule der Diakonie (FHdD) und den außerhochschulischen Kooperationspartnern auf 4 Handlungsebenen:



Abbildung 7: Übersicht der Kooperationspartner

Am Anfang der Kooperationen stand die Identifizierung und Gewinnung adäquater und interessierter Expertinnen und Experten aus den genannten Unternehmen und Organisationen. Im Mittelpunkt der Such- und Auswahlkriterien standen inhaltliche, institutionelle und strukturelle Aspekte sowie der ausdrückliche Wille zur Zusammenarbeit und die Lust und Bereitschaft am experimentellen Denken und Ausprobieren.

Eine parallel laufende Vorabbefragung von insgesamt 29 berufserfahrenen Expertinnen und Experten aus Sozial- und Pflegeunternehmen, Weiterbildungsinstitutionen, Personalvermittlungsstellen und dem Verbandswesen gab Aufschluss darüber:

- welche dringenden Kompetenzbedarfe in der Sozial- und Gesundheitsbranche bestehen,
- wie zukünftige Lernszenarien zu organisieren sind, um diese Kompetenzen bedarfsgerecht und praxisnah zu vermitteln und
- welche Chancen und Hindernisse in der Verschränkung von (fach)hochschulischer und beruflicher bzw. betrieblicher (Weiter)Bildung gesehen werden (vgl. Schäfer & Loerbroks 2013).

Die Konstituierung der Expertinnen- und Expertengruppe für die Entwicklung und Konzeptionierung des Pflegestudiengangs fand im Rahmen einer „Kick-Off-Veranstaltung“ an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld statt. Grundlage dieser Veranstaltung waren die in der Vorabbefragung erhobenen Daten zum Kompetenzbedarf im Pflegesegment sowie das dafür erforderliche Lerndesign an Hochschulen. Aus der Expertinnen- und Expertengruppe heraus kristallisierte sich im Laufe der weiteren Zusammenarbeit die Idee des „Kumulativen Bachelorstudiengangs Pflege“, welcher ausbildungs- und berufsbegleitend implementiert werden soll.

Das Konzept sieht vor, zwischen allgemeinwissenschaftlichen und fachwissenschaftlichen sowie praxisrelevanten Inhalten und Modulen zu unterscheiden. In einem sogenannten Wahlmodulbereich werden rein fachliche Inhalte vermittelt, die einschlägigen Weiterbildungsmaßnahmen, wie z.B. Palliative Care, Pain Nurse oder Primary Nurse entsprechen, von der Hochschule verantwortet und von Fachschulen sowie Weiterbildungsträgern durchgeführt werden. Die Entflechtung der wissenschaftlichen und fachbezogenen Module schafft Lernflexibilität und ermöglicht potentiellen Absolventinnen und Absolventen entweder das ausbildungs- und berufsbegleitende Studium direkt aufzunehmen oder im Rahmen der Weiterbildungen Kreditpunkte zu „sammeln“ und diese zu einem späteren Zeitpunkt in Anrechnung zu bringen.

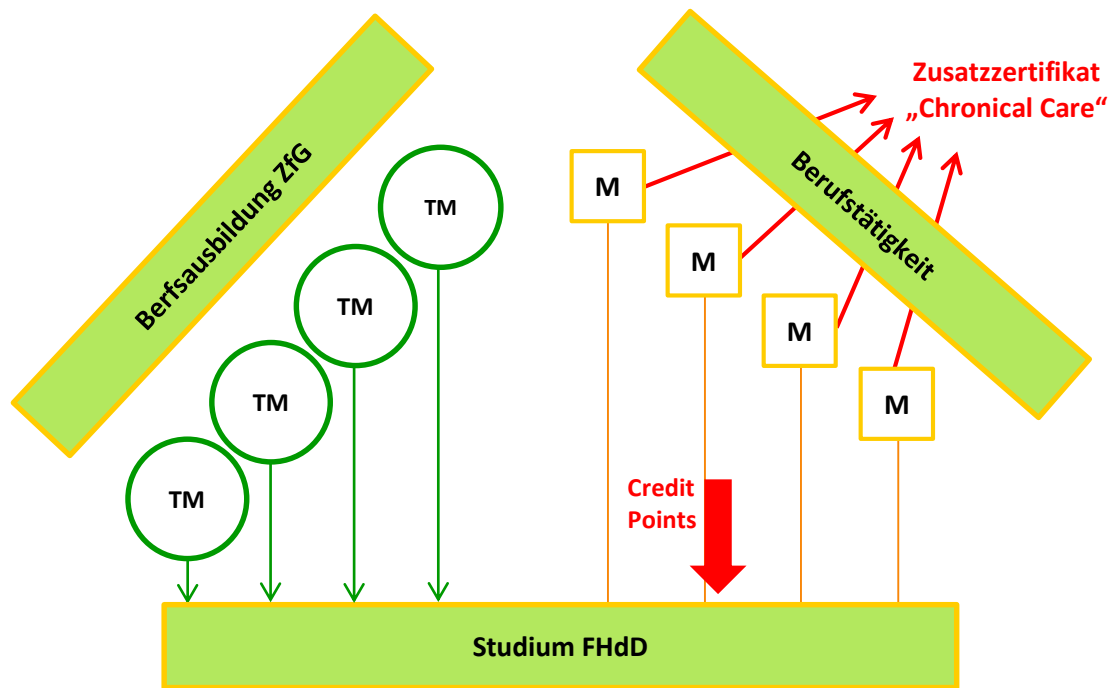


Abbildung 8: TM: Transfermodul – M: Weiterbildungsmodul – ZfG: Zentralschule für Gesundheitsberufe – FHdD: Fachhochschule der Diakonie

Hauptakteure in der vom BEST WSG Projekt initiierten Planung, Konzeptentwicklung und Studiengangbeschreibung sind zurzeit die Fachhochschule der Diakonie (FHdD) und die Zentralschule für Gesundheitsberufe (ZfG) Münster. Beide Bildungsinstitutionen arbeiten aktuell an dem akademischen Zusatzzertifikat „Chronical Care“, das integraler Bestandteil des kumulativen Studiengangs sein wird und ausbildungsbegleitend erworben werden kann. Die Auszubildenden der ZfG haben am Ende ihrer Ausbildung zum einen ihren Ausbildungsabschluss, zum anderen schon eine erste bedarfsorientierte Expertise im Feld der Versorgung chronisch Kranker, die durch die FHdD zertifiziert ist und vollständig auf das Pflegestudium angerechnet wird.

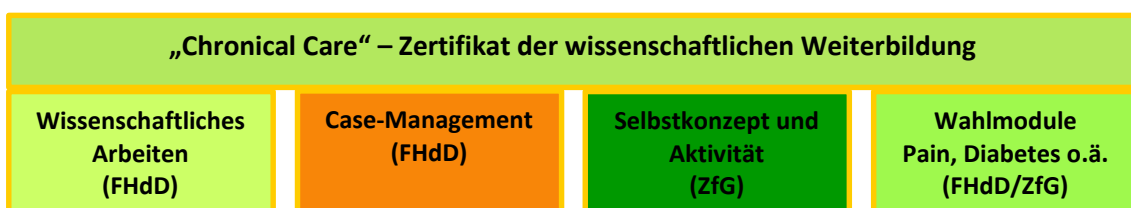


Abbildung 9: Akademische Weiterbildung

Die beiden Bildungssysteme treffen sich seit gut einem Jahr in sechs- bis achtwöchigen Abständen zur sukzessiven kooperativen Studiengangentwicklung. Getragen wird diese Partnerschaft von der Überzeugung, dass die Partner voneinander lernen können und in dieser Kooperation neue und zukunftsweisende Antworten, Ideen und Produkte entstehen können.

Der intensive Austausch zwischen Praxis, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und Schule ermöglicht eine Identifizierung der Zukunftsfragen der Pflege und motiviert eine lösungs-

orientierte Forschung und eine bedarfsorientierte und wissenschaftlich fundierte Weiterbildung. Nun ist es nicht so, dass allein hehre Ziele und wohlfeile Verlautbarungen den Erfolg einer solchen Partnerschaft garantieren. Unsere Erfahrungen zeigen, dass hierfür bestimmte Bedingungen erfüllt sein müssen. Die zentrale Grundbedingung für den Fortbestand dieser und jeder anderen Kooperation ist, dass die Beteiligten diese als gewinnbringend erleben oder genauer, dass der erzielte Nutzen die Kosten übersteigt. Damit eine solche Win-Win-Situation entsteht, müssen strukturelle, inhaltliche und soziale Voraussetzungen geschaffen werden. Für uns sind hierbei zwei Prämissen von ausschlaggebender Bedeutung:²¹

- **Inhaltlich-thematische und strategische Passung:** Damit die Partnerschaft von beiden Seiten als nutzbringend erlebt wird, sollten sich die jeweiligen Kompetenzen der Partner ergänzen und deren strategischen Ziele zu einander passen. Wissenschaftliche Expertise und Praxisexpertise müssen inhaltliche Entsprechungen aufweisen. Für eine Pflege-Fachschule oder eine Wohlfahrtsakademie beispielsweise macht eine Kooperation mit einer Hochschule, die keine oder nur wenig Expertise zu Themen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft aufweist, wenig Sinn. Neben der inhaltlich-thematischen Passung müssen sich auch die strategischen Ziele ergänzen. Zu Beginn der Kooperation ging es von daher um eine Klärung der Ziele und Erwartungen der jeweiligen Partner. Dieser Klärungsprozess sollte in der Festlegung gemeinsamer realistischer Ziele münden. Erfolgt dieser Klärungsprozess nicht, besteht die Gefahr, dass wechselseitig Erwartungen enttäuscht und so Frustrationen erzeugt werden. Die Festlegung gemeinsamer strategischer Ziele erlaubt es dann, operative Ziele zu bestimmen, deren Erreichung für beide Partner gewinnbringend ist. Hierdurch können schnelle Erfolge erzielt werden, die entscheidend sind, um die Zuversicht in den Erfolg der Kooperation zu nähren.
- **Vertrauen, Wertschätzung und Verbindlichkeit:** Mit dem Kosten-Nutzen-Denken sind nicht allein und auch nicht vornehmlich monetäre Investitionen und Gewinne gemeint. Oder anders formuliert: Die im Rahmen einer solchen institutionellen Partnerschaft getätigten Investitionen und erreichten Erfolge lassen sich nur schwer anhand finanzieller Kenngrößen erfassen. Die Beurteilung des Nutzens einer solchen Partnerschaft hängt wesentlich von der Qualität der persönlichen Beziehungen der Akteure ab. Eine solche institutionelle Partnerschaft wird von einer kleinen Kerngruppe von Personen getragen. Diese müssen eine Beziehung zueinander entwickeln, die von Respekt, Vertrauen und Offenheit geprägt ist. Oft prallen in der Findungsphase einer solchen Kooperation unterschiedliche Organisationskulturen, Erwartungen, Denk- und Handlungsweisen aufeinander. Wenn es den zentralen Akteuren nicht gelingt, einander offen und mit Neugier zu begegnen und Vertrauen aufzubauen, ist ein konstruktives, auch Schwierigkeiten und Missverständnisse überwindendes Zusammenarbeiten nicht möglich (vgl. Kriegel & Schumacher 2010).

Die Qualität der persönlichen Beziehungen ist somit auch für die Qualität der Ergebnisse der Partnerschaft von entscheidender Bedeutung. Ohne Wertschätzung und Vertrauen und

²¹ Vgl. Kriegel & Schumacher 2010

Sympathie wird ein offener Austausch von Ideen und Wissen nicht gelingen. Dies sind aber der Zweck und die Grundlage einer solchen Kooperation.

Die Kooperation zwischen FHdD und ZfG hat nach einer Findungsphase das Stadium produktiver und inspirierende Zusammenarbeit erreicht. Erste Ergebnisse lassen sich an den oben geschilderten Aktivitäten ablesen. Im weiteren Verlauf werden nun die oben erwähnten Expertinnen und Experten aus der Pflegepraxis in den aktuellen Entwicklungsprozess einbezogen und um ihre Einschätzung gebeten. Danach gilt es, den Implementierungswillen des „Kumulativen Bachelorstudiengangs Pflege“ an der ausführenden Hochschule zu unterstützen und zu festigen. Ein Aspekt hierbei ist, zu überzeugen, dass es sich bei den weiterbildenden Studienmodulen um keine konkurrierenden sondern komplementär- ergänzenden Bildungsmaßnahmen handelt, die im Sinne der Durchlässigkeit Zugangs-, Übergangs- und Anschlussmöglichkeiten bieten.

5 Internationales Beispiel

Bettina Flaiz

5.1 Pflegeausbildungen in Europa – eine Übersicht

Europaweit findet die Ausbildung der Pflege überwiegend an Hochschulen statt (vgl. Hanika 2011, S. 19). Deutschland bildet dabei das Schlusslicht, da die Ausbildung nahezu ausschließlich im Bereich der Sekundärstufe angesiedelt ist (vgl. Stöcker 2005, S. 22), obwohl sich Gutachten und politische Stellungnahme mehrheitlich für den Ausbau der hochschulischen Qualifikation der Pflege aussprechen und mit Komplexität und Verdichtung der Versorgung begründen (vgl. Wissenschaftsrat 2012; SVR 2007). Der vielfach empfohlene „Blick über den Tellerrand“ kann deshalb insbesondere für die Pflegeausbildung in Deutschland ein wichtiger Impulsgeber sein. Neben Erfahrungswerten des internationalen Bereichs sind vor allem deren Struktur und Organisation der Pflegeausbildung sowie die Umsetzung des lebenslangen Lernens zentraler Anlass für die Auseinandersetzung mit dem internationalen Bereich. Darüber hinaus ist allgemein die zunehmende Globalisierung ein weiterer Beweggrund den internationalen Bereich zu betrachten.

Übersicht Europa

In Europa ist, bis auf wenige Länder wie Deutschland und Österreich, die Verortung der Pflegeausbildung auf Hochschulebene vollzogen. Die Abbildung der strukturellen und organisatorischen Aspekte in folgender Synopse bildet eine wesentliche Grundlage für mögliche Ableitungen und Übertragung auf die Pflege in Deutschland (siehe dazu Tab. 2).²²

²² Aufgrund des ständigen Wandels bedingt durch Reformen ist die Aktualität der Daten (Tab. 4) nur in begrenztem Umfang möglich.

Bedingt durch die Bologna-Reform ist die Anrechnung von sogenannten Credit Points durch das European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS), üblich und hat sich gegenüber der Angabe der Stundenanzahl durchgesetzt. Jedoch finden sich weiterhin in den meisten Gesetzen Angaben zur theoretischen und praktischen Stundenanzahl für die Erreichung des Berufsabschlusses. Credit Points, die sich in Folge der Bologna-Reform und einer Umstellung auf Bachelor und Master etabliert haben, benötigen als Berechnungsgrundlage die Ansiedlung der Pflegeausbildung an Hochschulen. Mehrheitlich haben 24 von 27 Ländern in Europa diesen Schritt konsequent umgesetzt und auch auf ECTS umgestellt (vgl. Liefgen 2008, S. 1f.).

Land	Ausbildung außerhalb des Hochschulbereichs/ Abschluss	Ausbildung im Hochschulbereich/Abschluss	Information
Dänemark		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildung an der Universität. Dauer: 3,5 Jahre = sieben Semester ▪ Abschluss: Bachelordegree in Nursing 	Zulassungsvoraussetzung zur Pflegeausbildung zwölf Jahre Schulzeit (vgl. Girard-Hecht 2004, S. 1ff.; Robinson & Griffiths 2007).
Finnland	Polytechnic	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildung am Polytechnic. Dauer: 3,5 Jahre (120 Creditpoints) ▪ Abschluss: Diploma Nurse entspricht Bachelordegree 	Des Weiteren ist die „niedrigere“ Ausbildung im sekundären Bildungsbereich zur „lower level nurse“ möglich (vgl. Robinson & Griffiths 2007).
Großbritannien		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildung: beide Formen an der Universität, Dauer: 3 Jahre ▪ Abschluss: <ol style="list-style-type: none"> a) Diploma (vor-akademischer Grad) b) Bachelordegree (1. akademischer Grad) 	<p>In Großbritannien ist das System der Berufsschulen nicht ausgebaut.</p> <p>Für das Diploma sind als Voraussetzung zehn Schuljahre angegeben, für den Bachelor sind zwölf Schuljahre Voraussetzung für die Zulassung (vgl. Robinson & Griffiths 2007).</p>
Niederlande	Berufliche Sekundarbildung zur „Pflegekundigen“ in vier Jahren (zwei Varianten mit unterschiedlichen Praxis/Theorieanteilen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildung an der Hochschule oder Universität möglich. Dauer: 4 Jahre ▪ Abschluss: Bachelordegree, „Pflegekundige“ 	<p>Das Qualifikationsniveau 4 hat einen anderen (geringeren) Kompetenzrahmen, die Ausbildung findet an den Berufsfachschulen statt. Dabei wird kein Bachelorabschluss erlangt.</p> <p>Das Qualifikationsniveau 5 wird ausschließlich an der Universität oder (Fach-</p>

			<p>)Hochschule vermittelt und der Abschluss führt zu einem größeren Kompetenzbereich. Jedoch werden die Abschlüsse auf Qualifikationsniveau 4 und 5 als „Pflegekundige“ bezeichnet. Mit dem Qualifikationsniveau 5 ist ein Bachelorabschluss erreicht.</p> <p>Aufstiegsmöglichkeiten: Master, PhD sind möglich (vgl. Robinson & Griffiths 2007)</p>
Schweden		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildung an der Universität oder College. Dauer: 3 Jahre. ▪ Abschluss: Bachelordegree 	<p>12 Schuljahre sind Voraussetzung für die Ausbildung an der Universität.</p> <p>Seit 1993 ist eine universitäre Ausbildung umgesetzt, daneben gibt es Nurse Assisstant, die über Abitur und eine dreijährige Ausbildung an einer Hochschule mit Diploma verfügen (vgl. Schnabel 2007, S. 1ff.)</p>
Spanien		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildung an der Universität, drei Jahre. ▪ Abschluss: Diploma 	<p>12 Schuljahre sind Voraussetzung.</p> <p>Dreijährige Ausbildung an Universitäten, der Abschluss mit Diploma darf trotz tertiärer Ansiedlung, nicht mit dem Bachelordegree gleichgesetzt werden. (vgl. Bergmann-Tyacke 2001, S. 3845; Rennen-Allhoff 2000, S. 285; Robinson & Griffiths 2007)</p>

Tabelle 2: Übersicht pflegerische Ausbildungsformen in Europa

5.2 Pflegeausbildung in den Niederlanden

Die Ähnlichkeiten der Gesundheitssysteme der Niederlande²³ und Deutschland begründen die Auswahl, hier eine differenzierte Betrachtung der Pflegeausbildung vorzunehmen.

In den Niederlanden löst 2006 eine große Gesundheitsreform das bis dahin klassische Sozialversicherungssystem („Bismarck-System“) ab. In Folge dessen stieg der Einfluss marktwirtschaftlicher Tendenzen und verschiedene Wettbewerbselemente wurden in das Sozialversicherungssystem integriert. Die Wirkung der Gesundheitsreform ist hinsichtlich ihrer Effekte auf Zugang, Finanzierung, Effizienz und Qualität der Versorgung seither jedoch kaum evaluiert (vgl. Schäfer, Kroneman, Boerma, van den Berg, Westert, Devillé & van Ginneken 2010, S. 13ff.). Im Bildungsbereich erfolgt 1996 eine Reform, die 1997 in Kraft tritt und zu wesentlichen Veränderungen in der Pflege beiträgt. Die Ausbildung der Pflege ist seither ausschließlich an Institutionen der sekundären (Berufsschulen) und tertiären (Hochschulen) Bildungssystem angesiedelt.

Für das Verständnis des niederländischen Ausbildungssystems der Pflege sind zwei wesentliche Elemente bedeutend. Zum einen gibt es fünf Qualifikationsniveaus, die jeweils einen bestimmten Kompetenz- und Aufgabenbereich beschreiben. Zweitens gibt es für das Qualifikationsniveau „Zwei“ bis „Vier“ jeweils zwei Ausbildungsformen, welche, obwohl eine unterschiedliche Aufteilung von Theorie und Praxis vorhanden ist, zum gleichwertigen Abschluss führen. Die Qualifikationsniveaus 1 – 4 werden an Berufsfachschulen erworben, die Stufe 5 ausschließlich an Hochschulen und Universitäten. Die Qualifikationsniveaus sind in Tabelle 3 dargestellt:

²³ Die Niederlande sind ein westeuropäisches Nachbarland mit 16,8 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern(vgl. Statista 2013, S.1).

Q-Niveau	Abschluss	Dauer und Schulart	Tätigkeit	Voraussetzung
1	Assistenz	1 Jahr Berufsschule	Überwiegend hauswirtschaftlicher Bereich	10 Jahre Schulunterricht
2	Pflegehelfer	2 Jahre Berufsschule	Überwiegend häusliche Pflege	10 Jahre Schulunterricht
3	Sozialpfleger	3 Jahre Berufsfachschule	Gesundheitsförderung, Förderung der Selbständigkeit)	Hauptschulabschluss
4	Pflegekundige (=Pflegefachkraft) (der Abschluss entspricht einem mittleren Bildungsabschluss = MBO)	4 Jahre (3 Jahre generalistisch, 1 Jahr Schwerpunkt/Vertiefung) Berufsfachschule und FH Verteilung: Theorie/Praxis Verhältnis: 70:30 oder Praxis/Theorie Verhältnis: 70:30	Planung und Umsetzung des Pflegeprozess. Registrierung entsprechend gesetzlicher Regelung Es gilt das Ordnungsstrafrecht für Pflegekundige	Fachhochschulreife (12 Jahre)
5	Pflegefachkraft mit Bachelorabschluss (höherer Bildungsabschluss, abgekürzt als: HBO-V)	Dauer: 4 Jahre (3 Jahre Generalistisch, 1 Jahr Schwerpunkt/Vertiefung) FH oder Universität Verteilung: Theorie Praxis Verhältnis: 50:50 Möglichkeit zum Master, PhD	Gestalten den Pflegeprozess Planen selbständig Pflegeinterventionen Registrierung entsprechend gesetzlicher Regelung Es gilt das Ordnungsstrafrecht für Pflegekundige	Abitur oder Fachhochschulreife

Tabelle 4: Qualifikationsniveaus der Pflege in den Niederlanden; (Flaiz 2013 nach de Jong & Landenberger 2005, S. 120ff; de Jong 2010, S. 120ff.)

Die Tabelle zeigt die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus; dabei ist zu erwähnen, dass in den Niederlanden eine Durchlässigkeit innerhalb der Niveaus besteht. Mit jeder erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung in den einzelnen Qualifikationsniveaus ist ein Aufstieg in das nächsthöhere Qualifikationsniveau möglich. Bei einer nicht erfolgreich abgeschlossenen Prüfung, beispielsweise im Qualifikationsniveau 5, können die bislang erworbenen Leistungen auf das nächstniedrigere Qualifikationsniveau „mitgenommen“ und dort anerkannt werden. Obwohl mit den Qualifikationsniveaus zwei verschiedene Bildungsbereiche, die Berufsfachschulen und

die Hochschulen, integriert sind, bestehen hier Verzahnungen, welche eine Durchlässigkeit gut ermöglichen (vgl. de Jong & Landeberger 2005, S. 126).

Die Ausbildung der Pflegefachkraft (sowohl Qualifikationsniveau vier und fünf) dauert in den Niederlanden vier Jahre und ist generalistisch angelegt. In den ersten drei Jahren wird eine breite Fundierung und Wissen vermittelt. Erst im vierten und letzten Jahr erfolgt eine Schwerpunktsetzung auf einen Bereich, beispielsweise die Intensivpflege. Jedoch besteht dadurch keine Einschränkung, ausschließlich in diesem pflegerischen Bereichen tätig zu sein. (vgl. Landenberger 2005, S. 271). In den Niederlanden werden durch die generalistische Ausrichtung prinzipiell alle Möglichkeiten für die Pflegenden offen gehalten.

Bei den Qualifikationsniveaus ist zu beachten: Im Qualifikationsniveau zwei, drei und vier gibt es zwei inhaltliche Variationen der Ausbildung, beide führen jedoch zum gleichen Abschluss. Eine „schulische Form“ (kurz: BOL) zum anderen eine „berufsbegleitende Form“ (kurz: BBL). Die schulische Form „BOL“ weist einen Theorieanteil von 70 % auf und einen praktischen Anteil von 30 %. Bei der berufsbegleitenden Form „BBL“ ist der Anteil von Theorie und Praxis umgekehrt. Die Qualifikationsniveaus zwei bis vier werden unabhängig von ihrer inhaltlichen Variation beziehungsweise ihrem Verhältnis von Theorie und Praxis, in den Niederlanden als mittlerer Bildungsabschluss (kurz MBO) bezeichnet. Ausschließlich mit dem Abschluss in Qualifikationsniveau 5 ist ein höherer Bildungsabschluss (kurz HBO-V), der Bachelorabschluss erreicht. Dieser bietet die Anschlussmöglichkeit für einen Masterabschluss oder die Promotion. Insgesamt ist die Durchlässigkeit des Systems vorhanden, insofern ist ein Aufstieg von Qualifikationsniveau vier auf Qualifikationsniveau fünf möglich (vgl. de Jong & Landenberger 2005, S.119ff.).

Finanzierung der Pflegeausbildung in den Niederlanden

Neben den Qualifikationsniveaus und der Verortung der Ausbildung an Berufsfachschulen und Hochschulen besteht ein weiterer Unterschied bezogen auf die Situation in Deutschland in der Finanzierung der Pflegeausbildung. In den Niederlanden ist die Finanzierung über den staatlichen Bildungsetat geregelt; dem Unterrichtsministerium ist das Bildungsbudget zugeordnet. Die Ausbildung an den Berufsfachschulen ist mit der Erhebung von Studiengebühren von jährlich ca. 1.000 € verbunden, die von den Schülerinnen und Schülern zu bezahlen sind. Weiterbildungen wie zum Beispiel das Masterstudium, werden mit ca. 11.000 € angegeben (vgl. de Jong & Landenberger 2005, S. 133ff.). Das holländische Nurse Practitioner Programm (Master Erweiterte Pflegepraxis) fordert jährlich etwa 1.600 € für Bücher und Vorlesungen, die Schulgebühr in Höhe von 21.000 € übernimmt die Regierung anstelle der Gehaltszahlung, welche entfällt (vgl. Donato 2008, S. 586).

Qualifikationsmix in den Niederlanden

Eine Differenzierung von Qualifikationsniveaus hat in den Niederlanden in Folge der Bildungs- und Gesundheitsreform stattgefunden und ist zugleich Resultat der Effekte der demographischen Entwicklung sowie der Zunahme chronischer Erkrankungen. Die Niederlande sind für Deutschland ein gutes Beispiel, da die Verknüpfung zwischen Berufsausbildung und

Hochschulsystem funktioniert und die Durchlässigkeit und Anerkennung von Abschlüssen in den Niederlanden erfolgreich praktiziert wird. Außerdem ist in idealer Weise die Beschreibung von Kompetenzen in Form von Qualifikationsniveaus gelungen. In Deutschland finden sich bisher kaum solche Beschreibungen; dadurch wird die Differenzierung und Abgrenzung von Qualifikationen erschwert. In den ersten Befragungen von Absolventinnen und Absolventen und potentiellen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern grundständiger Studiengänge wird dies als Defizit benannt (vgl. Lüfftl & Kerres 2012, S. 43ff.).

5.3 Pflegeausbildung in Neuseeland

Das Gesundheitssystem in Neuseeland basiert auf einem staatlichen Gesundheitssystem. Dadurch ist die Übertragbarkeit auf Deutschland prinzipiell zu hinterfragen, jedoch wird mit dieser Auseinandersetzung vor allem die Bildungssituation der Pflege in Neuseeland fokussiert und weniger das Gesundheitssystem als solches. Darüber hinaus ist Neuseeland als ehemalige britische Kolonie geprägt vom britischen Pflegesystem. Die durchaus bestehende Integration britischer Ansätze und neuseeländischen (Weiter-) Entwicklungen unterstreicht das Potential der Auseinandersetzung mit dem neuseeländischen Pflegesystem.

In Neuseeland wurde in den achtziger Jahren eine effektive Gesundheitsreform durchgeführt, die vor allem zu einer deutlichen Reduktion von Kliniken führte (vgl. MOH 2013, S. 1). Die pflegerische Ausbildung ist vergleichbar mit der in den Niederlanden in Kompetenzniveaus oder Kompetenzstufen angeordnet und mit entsprechenden Zugangsvoraussetzungen ausgestattet. Auf niedrigster Stufe der zu erreichenden Abschlüsse ist die Enrolled Nurse (EN), die eine 18-monatige Ausbildung (Vollzeit) durchläuft. Eine Fachhochschulreife beziehungsweise zwölfjährige Schulbildung ist bei der Ausbildung zur Enrolled Nurse, im Gegensatz zur Registered Nurse (RN) nicht nötig. Die Registered Nurse, als nächst höhere Qualifikation, wird überwiegend an Universitäten sowie an Polytechnics absolviert. Der Abschluss ist ein Bachelor of Nursing, welcher nach einem mindestens dreijährigen Studium erlangt wird. Die Karrieremöglichkeiten beziehungsweise Aufstiegschancen in höhere Kompetenzstufen sind durch einen Master-Abschluss oder einen PhD, äquivalent zur Promotion, möglich. Vorteil dieses kurz skizzierten neuseeländischen Systems ist, ebenso wie in den Niederlanden, die Durchlässigkeit und Anerkennung von Leistungen in beide Richtungen. Eine Enrolled Nurse hat die Möglichkeit, eine anschließende Ausbildung zur Registered Nurse zu absolvieren. Des Weiteren können Auszubildende zur Registered Nurse auch in die Enrolled Nurse-Ausbildung wechseln und ausschließlich diesen Abschluss erlangen. Bei einem Wechsel werden die bereits erreichten Leistungen anerkannt. Diese Vorgehensweise ist als eine abschlussorientierte Erwachsenenbildung zu beschreiben, die in einer tabellarischen Darstellung in Verbindung mit der Qualifikation und den Ausbildungsinhalten aufgezeigt wird (siehe Tabelle 4). Während die Qualifikationsniveaus durch die Bologna-Reform in einen einheitlichen europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) transferiert wurden, liegt in Neuseeland ein spezieller Qualifikationsrahmen vor, der andersartig skaliert ist (vgl. NZ Gov. 2013, S. 20ff.). Die Äquivalenz

wird von Neuseeland beachtet und liegt hinsichtlich der Vergleichbarkeit des pflegerischen Kompetenzniveaus zwischen Irland und Neuseeland beispielsweise bereits vor.

Qualifikation	Abschluss	Dauer & Schulart	Tätigkeit	Voraussetzung
Level 5	Diploma Enrolled Nurse	18 Monate Vollzeit an Polytechnic (in etwa vergleichbar mit einer Fachhochschule)	<p>Bestimmte Kompetenzen sind im Rahmen des sogenannten Scope of Practice durch den Berufsverband der Pflege geregelt. Alle EN, RN, NP sind beim Berufsverband mit ihren Qualifikationen registriert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Regelungen dienen der öffentlichen Sicherheit. Der Scope of Practice wurde aufgrund gestiegener Anforderungen des Gesundheitswesens erneuert bzw. erweitert. Für „ältere“ EN Absolventen ist eine Übergangsregelung eingerichtet. Kompetenzen für EN (Stand: April 2012) EN arbeiten unter der Weisungsbefugnis und Delegation von RN oder NP. Aufgabe der EN ist die pflegerische Versorgung und Vermittlung von Gesundheit (Gesundheitsförderung) in allen Lebensphasen und in allen Settings. EN leisten einen <u>Beitrag</u> bei Assessment, Pflegeplanung, Anwendung und Evaluation von Pflege. Dabei sind RN verantwortlich für die geplante Pflege. EN assistieren den Klienten in ihren täglichen Aktivitäten des Lebens. EN <u>beobachten</u> gesundheitliche Veränderungen & teilen diese der RN mit. EN verabreichen Medikamente Die Übernahme weitere pflegerischer Verantwortung erfolgt in Abhängigkeit ihrer gemessenen Kompetenzen 	Secondary School Abschluss mit einem bestimmten Wert im NCEA (National Certificate of Educational Achievement, Abschlussprüfung)
Level 7	Registered Nurse (RN) Bachelor of Nursing	3 Jahre (Vollzeit)	<ul style="list-style-type: none"> RN verwenden ihr pflegerisches Wissen und ihre pflegerische Urteilsfähigkeit um damit den Bedarf an gesundheitlicher Versorgung und pflegerischer Unterstützung zu identifizieren. Sie sichern die Bereitstellung der Pflege, beraten und unterstützen Menschen hinsichtlich ihrer Gesundheit. RN arbeiten unabhängig und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen RN haben Delegationsrecht gegenüber EN 	12 bis 13 Jahre Schulbildung entspricht der Fachhochschulreife in Deutschland.

Level 9	Master Eine Spezial- isierung als Nurse Practitio ner ist möglich		<ul style="list-style-type: none"> ■ Sie erstellen umfassende Assessments, entwickeln, implementieren, evaluieren eine geplante, pflegerische Versorgung. ■ Leiten und vermitteln Interventionen basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. ■ Arbeiten in allen Settings des Gesundheitswesens. ■ RNs können aufgrund ihrer Kompetenzen auch im Management und im Bildungswesen tätig sein, in Abhängigkeit von rechtlichen Anforderungen und ihrer Kompetenzen. ■ NP gelten als Experten in einem speziellen Bereich durch ihr erweitertes Wissen und Fähigkeiten. ■ NP arbeiten selbständig und in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. ■ NP arbeiten im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheit, Diagnostik und Bewertung, Planung ausgehend vom gesundheitlichen/pflegerischen Bedarfe einer Person. ■ NP verfügen über ein umfassendes Angebot an Assessment, Behandlungsmaßnahmen (Diagnostik, Anordnungen von Therapien). ■ NPs arbeiten zusammen mit Klienten und unter dem Einbezug und Zusammenarbeit weiterer Settings (z.B. Angehörige, Gemeinde) ■ NPs können in ihrem spezifischen Bereich Medikamente verordnen ■ NPs können in der Lehre, Führung, Beratung oder Forschung tätig sein ■ NPs können im Bereich der Professionsentwicklung sowie bei der Entwicklung von nationalen Verfahren/Standards mitarbeiten 	<p>Voraussetzung für NP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Registrierung als RN in Neuseeland ■ Mind. 4 Jahre Berufserfahrung in einem spezifischen Bereich ■ Erfolgreicher Abschluss eines Master mit klinischer Ausrichtung, der vom Berufsverband (Nursing Council) akzeptiert wird oder eine vergleichbare Qualifikation . ■ Assessment des Berufsverbandes, der die Kriterien und Kompetenzen des NP testet. ■ Zum Erlangen des Rechtes Medikamente zu verschreiben/verordnen benötigt es den Abschluss einer zusätzlichen Komponente, die im speziellen Tätigkeitsbereich dann die Verordnung ermöglicht.
----------------	---	--	--	---

Tabelle 5: Qualifikationsniveaus in Neuseeland
(Flaiz 2013; vgl. NZ Gov. 2013, S. 20ff.; NZ Council 2011)

Die Ausbildung zur Registered Nurse ist mit einem Minimum von 1100 Stunden in klinischer Praxiserfahrung vorgegeben, dabei werden Laborunterrichte als klinische Praxiserfahrung nicht angerechnet, weitere 360 Extrastunden klinischer Praxis sind im dritten Ausbildungsjahr durch das Programm zu gewährleisten. Ebenso ist ein Mindestanteil von 50 % der theoretischen Inhalte durch eine Fokussierung auf pflegerische Inhalte zu sichern (vgl. NZ Council 2011, S. 1).

Finanzierung der Ausbildung in Neuseeland

Finanziert wird die Ausbildung durch eine Zuzahlung der Studierenden. Vergleichbar zu dem Modell, dass in Deutschland mit dem Studiengebührenmodell kurze Zeit vorhanden war. Die Gebühren sind dabei relativ niedrig (etwa 10.000 NZ Dollar für einen Bachelordegree) und können durch einen sogenannten „student loan“ (Studienkredit), welcher Gebühren und Lebenshaltungskosten deckt, bezahlt werden. Ähnlich wie das BAföG (Bundesausbildungsförderungsgesetz) in Deutschland ist der student loan erst nach Abschluss des Studiums zu begleichen. Die Region Southland wirbt Pflegende bzw. Studierende mit ihrer Strategie der „Null-Gebühren“ an (vgl. NZ Council 2013, S. 1; SIT 2013, S. 1).

Qualifikationsmix in Neuseeland

In Neuseeland wird die Pflege in positiver Weise „kontrolliert“ und durch die gesetzliche Regelung im „Health Practitioners Competence Assurance Act 2003“ geregelt (vgl. NZ Gov 2003). Jede Pflegekraft, das heißt sowohl Enrolled Nurse, Registered Nurse und Nurse Practitioners (NP), die dem Masterlevel entspricht, ist beim Berufsverband mit ihrer Qualifikation registriert und darf erst dadurch als Pflegende oder Pflegender tätig sein. Darüber hinaus macht die Registrierungsstelle konkrete Vorgaben, welche Tätigkeiten und Aufgabenbereiche im Rahmen der Verantwortung der jeweiligen Qualifikation verortet sind. Diese Verantwortungsbereiche sind dabei im Vergleich zu Deutschland teilweise deutlich umfassender und stellen einerseits eine Reaktion auf den Mangel an Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten dar. Jede Qualifikation ist durch einen Handlungsrahmen, der Wissen und Kompetenz beschreibt im „Scope of Practice“ definiert. Olbrich verweist für die deutschen Pflegenden auf ein Defizit an Wissen und rechtlicher Grundlagen, die zu einem Mangel an Übernahme von Verantwortung führt (vgl. Olbrich 1999). In Neuseeland ist durch die Regulierung in Form eines „Scope of Practice“ eine hohe Transparenz gewährleistet. Fragestellungen wie beispielsweise „Was macht Pflege?“ oder die Aussage „Pflege kann jeder“ verlieren dadurch ihre Wirkung. Die Pflege in Neuseeland hat durch diese Grundlage eine Fundierung für Diskussionen, die auch in rechtlicher Hinsicht eine Absicherung bietet (vgl. NZ Gov. 2003).

5.4 Fazit

Die Darstellung zweier internationaler Beispiele, darunter die Niederlande als europäisches Nachbarland sowie Neuseeland mit europäischem Hintergrund und politisch motivierten Weiterentwicklungen, verdeutlichen für die deutsche Pflege durchaus Potentiale und Gestaltungsmöglichkeiten. Aus beiden Beispielen geht hervor, dass die Durchlässigkeit der

Bildungsangebote elementar ist. In den Niederlanden und in Neuseeland werden Leistungen anerkannt beziehungsweise angerechnet und ermöglichen somit die abschlussorientierte Erwachsenenbildung, die damit der Idee des lebenslangen Lernens entspricht.

Darüber hinaus ist die transparente Darstellung der Qualifikationen, die ebenso Aufgaben und Verantwortungsbereiche regelt, eine wesentliche Grundlage für die Umsetzung des Qualifikationsmix. Keogh stellt fest, dass der Scope of Practice als Richtlinie für die pflegerische Praxis international Anwendung findet. Er nennt dabei Neuseeland mit strikten Vorgaben bezüglich der Aufgaben und Verantwortungsbereichen für Enrolled Nurse, Registered Nurse und Nurse Practitioners, aber auch Großbritannien, Südafrika und Australien (vgl. Keogh 2013, S. 2f.). Seit längerem wird der Qualifikationsmix von Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) empfohlen (vgl. Buchan & Dal Poz 2002). Diese Tendenz lässt sich ebenso im Gutachten des Sachverständigenrates feststellen mit ähnlicher Empfehlung hinsichtlich der Um- und Neuverteilung von Aufgaben (vgl. SVR 2007; SVR 2009; SVR 2012). In Deutschland sind Tendenzen und ein weiterer Aufbau unterschiedlicher Qualifikationsniveaus vorhanden, welche damit die Forderung eines Qualifikationsmix im Gesundheitswesen adressieren. Dazu zählen der Ausbau patientennaher Bachelorstudiengänge und erste Entwicklungen patientennaher Masterstudiengänge. Der Berufsverband der Pflege aus Deutschland, Österreich und der Schweiz hat in einem Positionspapier die Forderung einer erweiterten Pflegepraxis (Advanced Nurse Practice) formuliert (vgl. DBfK 2013). Folglich sind die Anzeichen der Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland vorhanden und positiv zu bewerten. Kritisch bleibt bisher die Umsetzung dieser unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, neben inhaltlichen Fragestellungen der curricularen Inhalte und der Ausgestaltung des Bildungsangebotes, in Bezug auf rechtliche Aspekte, zum Beispiel dem autonomen Handeln der Pflege. Als „heiteres Berufe basteln“ im Pflege- und Gesundheitswesen ist die Problematik jedoch inzwischen durchaus präsent (vgl. Keogh 2013, S. 5; Etzel 2003, S. 253ff.; Bräutigam, Evans & Hilbert 2013).

6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Bettina Flaiz, Stefanie Kretschmer, Michael Kriegel, Franziska Lorz, Anja Lull & Jürgen Zieher

Erste Schlussfolgerungen und Empfehlungen sollen basierend auf den Ausführungen der vorliegenden Handreichung auf einer hochschul- und arbeitsmarktpolitischen Ebene sowie mit Bezug auf die Planung und Entwicklung von Studienangeboten an Hochschulen formuliert werden.

Hochschulübergreifende Ebene

Durch internationale Beispiele eröffnen sich Impulse für die Gestaltungsmöglichkeiten der deutschen Pflegebildung. Darüber hinaus unterstreichen die internationalen Beispiele den Weg der Ansiedlung auf Hochschulebene, um damit steigenden Anforderungen an Komplexität und Leistungsverdichtung begegnen zu können. Zu beachten ist, dass Deutschland vor ähnlichen Herausforderungen steht wie dem demographischen Wandel und der Zunahme chronischer Krankheiten. Deshalb sind einerseits die Etablierung von entsprechenden Studienangeboten ebenso wie die Aspekte Durchlässigkeit und organisatorische Aspekte bei der Studiengestaltung elementar. Insbesondere im Pflegeberuf, der weiterhin als Frauenberuf mit einem Anteil der weiblich Beschäftigten vom mehr als 80 % dominiert, sind familiäre und finanzielle Verpflichtungen bei der Entscheidung für oder gegen eine Weiterbildung beziehungsweise ein Studium wesentliches Entscheidungskriterium. Ebenfalls belegen Studien aus dem internationalen Bereich diesen Aspekt. Altmann hat in ihrer systematischen Übersichtsarbeit Bedingungen für die Aufnahme eines Bachelor-Studiums bei bereits beruflich qualifizierten Pflegenden in den USA untersucht. Dabei sind insbesondere Flexibilität, Erlangung einer aussagekräftigen professionellen Identität (das heißt Bachelorabschluss) zentrale Entscheidungskriterien für ein Studium bei den befragten Pflegenden (vgl. Altmann 2011, 260f.; Jelenko 2008, S. 9ff.).

Den generellen Nachholbedarf der Entwicklung „alternativer Studienformen“ zeigen bereits 2007 Hanft & Knust in ihrem Vergleich auf. Sie verweisen international auf ein erheblich breiteres Verständnis wissenschaftlicher Weiterbildung. Dagegen verdeutlicht zum Beispiel eine jüngst in Baden-Württemberg durchgeführte Untersuchung geringe Entwicklungen im Bereich von alternativen Studienformen, wie beispielsweise teilzeit- oder berufsbegleitende Studienangebote (vgl. Bargel 2013). Deshalb sollte der internationale Bereich, welcher mit Durchlässigkeit und Anerkennung von Abschlüssen reagiert, Vorbild sein. Darüber hinaus sollten Bestrebungen der Umsetzung Priorität für Deutschland haben.

Verbesserungspotenzial zeigt sich bei der Anrechnung von Kompetenzen aus der Berufsausbildung, Berufspraxis und den bisher absolvierten Weiterbildungen durch die Hochschulen. Dies ist ein Ergebnis einer bundesweiten Befragung von 380 Studierenden und Absolventinnen und Absolventen berufsbegleitender Pflege- und Gesundheitsstudiengänge an 25 Hochschulen im Zeitraum Juni bis August 2013 (vgl. Zieher 2014).

Hier ist eine stärkere inhaltliche Abstimmung zwischen Weiterbildungseinrichtungen und den Hochschulen zur Förderung einer höheren Anrechnungsquote wünschenswert. Eine verbesserte Anrechnungspraxis dürfte sich auch positiv auf die Bereitschaft zur Aufnahme eines berufsbegleitenden Studiums auswirken, denn durch die Anrechnung vorhandener Kompetenzen auf einzelne im Curriculum enthaltene Module lässt sich die Studiendauer und die damit verbundenen Zusatzbelastungen reduzieren.

Arbeitsmarktpolitische Ebene

Neben der Fragestellung „Wohin mit den Studierenden“ oder den Forderungen nach einem „Bachelor fürs Bett“ (vgl. Lemke 2013, S.56) zeigen sich weitere zentrale Aspekte der Diskussion in Folge der Etablierung von Modellstudiengängen im Gesundheits- und Pflegewesen. Erste Absolventinnen und Absolventen treffen jüngst auf dem Arbeitsmarkt auf eine Praxis, welche kaum konkrete Vorstellungen über deren Einsatzmöglichkeiten äußern. Dadurch wird die Deprofessionalisierung von ersten Absolventinnen und Absolventen anstelle eines Qualifikationsmix wahrscheinlicher. Konzepte, die gezielt eine Integration auf dem Arbeitsmarkt und Nutzung des Potenzials hochschulisch Qualifizierter vornehmen sind beispielsweise mit der erweiterten Pflegepraxis (Advanced Nurse Practitioner), wie es der Berufsverband in einem Positionspapier forciert, vorhanden.

Günstige Prognosen zur Arbeitsmarktentwicklung sind, vor dem Hintergrund der bereits erwähnten Herausforderungen, zum Beispiel der Alterung der Gesellschaft, der Zunahme an chronischen Krankheiten und insbesondere dem Fachkräftemangel, höchst wahrscheinlich. Eine Anpassung der Programme, um die Einmündung von Absolventinnen und Absolventen in den Arbeitsmarkt zu verbessern, bedeutet, die Nachfrageorientierung, das heißt die Praxisperspektive, stärker im Hochschulbetrieb zu adressieren und dennoch den Anspruch von „Freiheit der Lehre“ zu beachten.

Im Gegensatz zu anderen Berufsfeldern treffen Öffnung der Hochschulen und Akademisierung des Berufsfeldes in den Bereichen der Pflege- und Gesundheitsberufe zeitlich aufeinander. Dies führt dazu, dass nicht nur die Öffnung der Hochschulen, sondern auch die Akademisierung zwar (berufs-)politisch gewollt, jedoch von der Praxis nur rudimentär getragen wird. Insbesondere in der Diskussion um Anrechnung wird dieser Widerspruch sehr deutlich: Die Diversität der Studierenden hinsichtlich ihrer Möglichkeiten der Hochschulzulassungen findet eine größere Akzeptanz als zum Beispiel in – traditionell an Hochschulen verorteten – Ingenieursstudiengängen. Die Bereitschaft, die außerhochschulisch erworbenen Kompetenzen durch geeignete Verfahren abzubilden und anzurechnen, ist in Studiengängen des Pflege- und Gesundheitswesens größer. Auf der anderen Seite stehen jedoch teilweise auch engere Rahmenbedingungen, die aus den im beruflichen Bildungsbereich üblichen stärkeren staatlichen Regulationen resultieren. Berufsgesetze im weitesten Sinne wirken hier auch noch im tertiären (Hochschul-)Bildungsbereich.

Anzumerken ist des Weiteren, dass der Arbeitsmarkt des Pflege- und Gesundheitswesens nur bedingt marktwirtschaftlich frei reguliert ist. Die (fast ausschließliche) Finanzierung durch staatliche Transfers verhindert eine auf Angebot und Nachfrage von (Dienst-)Leistungen ausgerichtete Personalwirtschaft. Die Sozialunternehmen agieren unter starken Sachzwängen, die regional vor allem durch den erheblichen Fachkräftemangel gekennzeichnet sind. Eine Akademisierung bereits vorhandener Fachkräfte „weg vom Bett“ erscheint unter diesen Umständen vielerorts wie blanker Hohn. Die im öffentlichen Dienst vorhandene Fokussierung auf gegenwartsorientierte Problemlösung und die damit einhergehende fehlende Zukunftsplanung

erschweren den Dialog um künftig notwendig werdende Kompetenzen der Angestellten. Hinzu kommt, dass ein „Expertentum“ unabhängig von Leiten oder Lehren nach wie vor weder in Berufsbeschreibungen noch Entgeltgruppen abgebildet ist.

Strukturelle Hürden für die Aufnahme eines berufsbegleitenden Studiums stellen die verhältnismäßig geringe Bezahlung für Absolventinnen und Absolventen und die fehlenden adäquaten Stellen für akademisch qualifizierte Fachkräfte dar (vgl. Zieher 2014). Hinzu kommt, dass studieninteressierte Pflegefachkräfte ihre Arbeitszeit während des Studiums teilweise reduzieren wollen. Um die finanzielle Belastung infolge eines verringerten Einkommens abmildern zu können, bedarf es geeigneter Unterstützungsangebote (zum Beispiel Stipendien) (vgl. ebd.).

Dem Wunsch nach einer qualitativ hochwertigen Pflege mit entsprechend qualifiziertem Personal stehen bei den meisten Arbeitgebern Kostengesichtspunkte entgegen. Dementsprechend existiert oft keine Vergütungsgruppe für Pflegefachkräfte mit einem akademischen Abschluss. Dies kann dazu führen, dass Pflegefachkräfte sich – gegebenenfalls auch ohne Unterstützung ihres Arbeitgebers – berufsbegleitend akademisch weiterqualifizieren. Sofern ihr bisheriger Arbeitgeber keine adäquaten Stellen für die Absolventinnen und Absolventen bietet, entscheiden diese sich nach dem Hochschulexamen mitunter zu einem Wechsel zu einem anderen Arbeitgeber, der bessere Perspektiven bietet. Da die Akademisierung der Pflege politisch gewollt ist und die Zahl entsprechender Studienangebote zunimmt, bedarf es einer grundsätzlichen (politischen) Entscheidung hinsichtlich der Finanzierung angemessener Gehälter für akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte in Pflegeeinrichtungen. Zudem sollten sich Pflegearbeitgeber im Kontext des sich verschärfenden Wettbewerbs um Fachkräfte überlegen, wie es ihnen – neben einer adäquaten Bezahlung – gelingen kann, motivierte und hoch qualifizierte Mitarbeitende besser an sich zu binden. Dabei gilt es, auf einen ausgewogenen Mix der Qualifikationen zu achten. Dementsprechend sind berufsbegleitende und grundständige Pflegestudiengänge als ein zwar unverzichtbares, jedoch komplementäres Angebot zu sehen, das die Pflegeausbildungen auf der Fachkräfteebene ergänzt.

Ebene der Hochschule

Mit den Modellstudiengängen der Pflege ist ein schnelles Wachstum dieser Studiengänge festzustellen, insbesondere diejenigen, welche Studium und Berufsausbildung verzahnen (vgl. Stöcker & Reinhart 2012, S. 1f.).

Resultat ist ebenso die erneute und notwendige Diskussion um Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung. Vor allem die Um- und Neuverteilung der Aufgaben (vgl. Rogalski, Dreier & Hoffmann 2012, S.11ff.) sowie die weitgehend ungeklärte Fragestellung, welche Kompetenzen durch ein Studium zu vermitteln sind, bestimmen die Diskussion, in welcher insbesondere mangelnde Nachfrageorientierung und teils fehlende Integration der Praxisperspektive problematisiert wird.

Einen Lösungsansatz auf Hochschulebene stellt die Beschreibung von Kompetenzniveaus in Folge der Bologna-Reform mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen beziehungsweise dem Deutschen Qualifikationsrahmen dar. Für den Fachbereich Pflege und Gesundheit wurde in einer ersten Fassung 2013 der DQR angepasst. Obwohl Kritik an fehlender Tiefe und dem Grad an Differenziertheit des FQR geäußert wird, ist dessen Potential insbesondere für die Programm-entwicklung anzuerkennen (vgl. Hülksen-Giesler 2011; Hülksen-Giesler & Korporal 2013).

Die im beruflichen Bildungsbereich schon fast abgeschlossene Entwicklung hin zu handlungs-orientierten Curricula wirkt in der Studiengangentwicklung im Sektor Pflege/Gesundheit positiv nach. Hier kann auf zahlreiche Vorarbeiten der Berufspädagogik/ -didaktik aufgebaut werden. Gleichzeitig ermöglicht die Handlungsorientierung auch die Entwicklung eines sehr differenzierten, auf das Arbeitsfeld zugeschnittenen inhaltlichen Angebots, das sehr konkret an berufliche Vorerfahrungen anknüpft. Hier scheint es, als ob von solchen innovativen berufsbegleitenden Angeboten zentrale Impulse auch für klassische beziehungsweise grundständige Studiengänge ausgegangen werden kann.

Festzuhalten ist, dass es an Hochschulen eine grundlegende Bereitschaft zu geben scheint, Diversität als Chance zur Entwicklung zu begreifen. So sind bestimmte Grundgedanken der „Offenen Hochschule“ vielen Hochschulakteuren vertraut.

Eine an die Hochschulen bzw. an Studiengangentwickler/-innen gerichtete Empfehlung im Hinblick auf die Anrechnung von außerhochschulischen Kompetenzen lautet, diesen Aspekt bereits zu Beginn des Planungsprozesses zu berücksichtigen und für eine entsprechende Transparenz der Verfahren in der hochschulinternen wie -externen Kommunikation zu sorgen. Zudem ist zu bedenken, dass für beruflich Qualifizierte – mit und ohne schulischen Hochschulzugang – die Aufnahme eines Studiums eine spezifische Herausforderung bedeutet, der durch entsprechende zusätzliche Kurse (zum Beispiel Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten) und Angebote (beispielsweise bei der Studienberatung) begegnet werden kann (vgl. Zieher 2014).

Literaturverzeichnis

- AGMTG (2011). *Positionspapier der AGMTG zur Akademisierung der Medizinalfachberufe in Therapie und Geburtshilfe*. Verfügbar unter: <http://www.agmtg.de/pdf/Positionspapier.pdf> [18.12.2013].
- Akkreditierungsrat (2013). *Regeln für die Akkreditierung von Studiengängen und für die Systemakkreditierung*. Beschluss des Akkreditierungsrates vom 08.12.2009, zuletzt geändert am 20.02.2013. Verfügbar unter: http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/AR/Beschluesse/AR_Regeln_Studiengaenge_aktuell.pdf [24.02.2014].
- AltPflG (2003). *Gesetz über die Berufe in der Altenpflege* (Altenpflegegesetz - AltPflG) Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> [24.02.2014].
- Altmann T. (2011). Registered nurses returning to school for a bachelors degree in nursing: Issues emerging from a meta-analysis of the research." In: *Contemporary Nurse*, vol. 39, Issue 2. eContent Management Pty. Ltd.
- ANKOM (2014). *BMBF-Initiative „ANKOM - Übergänge von der beruflichen in die hochschulische Bildung“*. Verfügbar unter: <http://ankom.his.de> [21.01.2014].
- ANKOM (2010). *Anrechnungsleitlinie. Leitlinie für die Qualitätssicherung von Verfahren zur Anrechnung beruflicher und außerhochschulisch erworbener Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge*. Verfügbar unter: http://ankom.his.de/pdf_archiv/ANKOM_Leitlinie_1_2010.pdf [25.02.2014].
- Auslegungshinweise (2010). *Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen vom 04.02.2010- Auslegungshinweise -*. Verfügbar unter: http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/KMK/Vorgaben/KMK_Laendergemeinsame_Strukturvorgaben_aktuell.pdf [16.01.2014].
- Bardachzi, C. (2010). *Zwischen Hochschule und Weiterbildungsmarkt. Programmgestaltung berufsbegleitender Studiengänge*. Münster: Waxmann.
- Bargel, T.(2013). Studieren in Teilzeit als Beitrag zur Flexibilisierung des Hochschulstudiums Definitionen, Daten, Konzepte, Erfahrungen, Positionen und Prognosen für Baden-Württemberg. In: *Hefte zur Bildungs- und Hochschulforschung* (69) Arbeitsgruppe Hochschulforschung, Universität Konstanz (2013).
- Bartholomeyczcyk, S. (2002). Zum Stand der Akademisierung der Pflegeausbildung in Deutschland. In: *Pflege* (15), S. 281 – 283.

- Bergmann-Tyacke, I. (2001). *Pflegeausbildung in Europa. Entwicklungen und Tendenzen*.
Verfügbar unter: http://doku.iab.de/ibv/2001/ibv5101_3845.pdf [17.07.2013], 3845 – 3849.
- Bergstermann, A., Cendon, E.; Flacke, L. B., Friedrich, A., Hiltergerke, C., Schäfer, M., Strazny, S., Theis, F., Wachendorf, N. M. & Wetzel, K. (2013). Handreichung Lernergebnisse: Theorie und Praxis einer outcomeorientierten Programmentwicklung. In: *Wissenschaftliche Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“* (Hrsg.). Verfügbar unter: http://offene-hochschulen.de/download/Handreichung_Lernergebnisse_final_Feb2013_extern.pdf [25.02.2014].
- Bollinger, H. & Grewe, A. (2002). Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts – Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 37: Qualifizierung und Professionalisierung. 43 – 59.
- Bräutigam, C.; Evans, M. & Hilbert, J. (2013). *Berufsbilder im Gesundheitssektor vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik*. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10008.pdf> [26.11.2013].
- Buchan, J. & Dal Poz, R. M. (2002). Skill Mix in the health care workforce: reviewing the evidence. In: *Bulletin of the World Health Organization (WHO)*, Jg. 80, H. 7, S. 575 – 580.
- Larsen, C. & Kuhlmann, E. (2013). Gesundheitspolitik und Arbeitskräftemanagement. Internationale Debatten und Beschäftigungstrends im deutschen Gesundheitssektor. In: ZSR 55, Heft 4. Stuttgart: Lucius und Lucius. 369 – 388.
- DBfK (2011). *Advanced Nursing Practice Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (2. vollst. überarb. Aufl). Berlin: Bundesverband DBfK.
- DBfK (2009). Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? Fakten zum Pflegekollaps: Ausgewählte Ergebnisse der DBfK Meinungsumfrage 2008/2009. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege Verfügbar unter: http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus_pdf [05.08.2013].
- De Jong, A. & Landenberger M. (2005). Ausbildung Pflege- und Gesundheitsberufe in den Niederlanden. In: M. Landenberger, G. Stöcker, J. Filkins, A. de Jong, C. Them, Y. Selinger & P. Schön (Hrsg.). *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. 111 – 135.

- De Jong, A. (2010). *Bildungskonferenz des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes, Graz*. Verfügbar unter:
http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Steiermark/2010/De%20Jong_%20Bildungskonferenz%20%20Graz_04.03.2010_Vortrag%20NL-%20Ausbildung.pdf [15.07.2013].
- Dielmann, G. (2013). Die Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem. In: Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.): *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart. 148 – 211.
- Donato A. S. (2009). Nurse practitioners in Holland: Definition, preparation, and prescriptive authority. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, Vol. 21, S. 585 – 587.
- Etzel, B. S. (2003). Auswirkungen einer verwissenschaftlichten Pflege auf die Praxis. In: *Pflege* (16), Bern: Hans Huber, S. 253 – 255.
- CEDEFOP (2009). *European Guidelines for validating non-formal and informal learning*. European Center for the Development of Vocational Training. Verfügbar unter:
http://www.cedefop.europa.eu/EN/Files/4054_en.pdf [25.02.2014].
- Europäische Kommission (2003). *Realising the European Higher Education Area*. Communiqué of the Conference of Ministers responsible for Higher Education in Berlin on 19 September 2003. Verfügbar unter:
http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/MDC/Berlin_Communique1.pdf [25.02.2014].
- Europäische Kommission (2009). *The Bologna Process 2020 - The European Higher Education Area in the new decade*. Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education, Leuven and Louvain-la-Neuve, 28-29 April 2009. Verfügbar unter:
http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/conference/documents/leuven_louvain-la-neuve_communique%20C3%A9_april_2009.pdf [25.02.2014].
- Faulstich, P. (2006). *Weiterbildung als Geschäftsfeld – Berufsbegleitendes Studieren an Hochschulen. Studienmaterialien*. Berufsbegleitender internetgestützter Masterstudiengang Bildungsmanagement (MBA). Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Faulstich, P., Graeßner, G., Bade-Becker, U. & Gorys, B. (2007). Länderstudie Deutschland. In: A. Hanft & M. Knust (Hrsg.): *Weiterbildung und lebenslanges Lernen in Hochschulen. Eine internationale Vergleichsstudie zu Strukturen, Organisation und Angebotsformen*. Münster: Waxmann. 87 – 164.

- Freitag, W. K. (2011). Anrechnung. Eine Analyse der rechtlichen Regelungen in den Hochschulgesetzen der Länder sowie ausgewählter Prüfungsordnungen von Hochschulen. In: W. K. Freitag, E. A. Hartmann, C. Loroff, I. Stamm-Riemer, D. Völk & R. Buhr (Hrsg.). *Gestaltungsfeld Anrechnung. Hochschulische und berufliche Bildung im Wandel*. Münster: Waxmann. 191 – 217.
- Friedrichs, A. & Schaub, H.-A. (2011). Akademisierung der Gesundheitsberufe – Bilanz und Zukunftsperspektive. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, Vol. 28(4). Verfügbar unter: <http://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2011-28/zma000762.pdf> [19.11.2013].
- Girard-Hecht, E. (2004). *Vermittlung handlungsorientierten Lernens/Umsetzung der Lernfeldkonzeption*. Erfahrungsbericht zum Hospitationsaufenthalt im Rahmen des Internationalen Hospitationsprogramms Pflege der Robert Bosch Stiftung.
- Hanft, A. (2014). *Management von Studium, Lehre und Weiterbildung an Hochschulen*. Studienreihe Bildungs- und Wissenschaftsmanagement. Band 13. Münster: Waxmann.
- Hanft, A. (2013a). Lebenslanges Lernen an Hochschulen. Strukturelle und organisatorische Voraussetzungen. In: A. Hanft & K. Brinkmann (Hrsg.). *Offene Hochschulen. Die Neuausrichtung der Hochschulen auf Lebenslanges Lernen*. Münster: Waxmann. 13 – 29.
- Hanft, A. (2013b). Vorwort. In: A. Hanft & K. Brinkmann (Hrsg.). *Offene Hochschulen. Die Neuausrichtung der Hochschulen auf Lebenslanges Lernen*. Münster: Waxmann. 9 – 12.
- Hanft, A. & Müskens, W. (2013). Anrechnung beruflicher Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge: Ein Überblick. In: A. Hanft & K. Brinkmann (Hrsg.). *Offene Hochschulen. Die Neuausrichtung der Hochschulen auf Lebenslanges Lernen*. Münster: Waxmann. 223 – 234.
- Hanft, A. & Brinkmann, K. (2012). Lifelong Learning als gelebte Hochschulkultur. In: M. Kerres, A. Hanft, U. Wilkesmann & K. Wolff-Bendik (Hrsg.). *Studium 2020. Positionen und Perspektiven zum lebenslangen Lernen an Hochschulen*. Münster: Waxmann. 135 – 142.
- Hanft, A. & Maschwitz, A. (2012). Verankerung von Lebenslangem Lernen an Hochschulen – Ein internationaler Vergleich. In: *Hessische Blätter für Volksbildung*, 2, S. 113 – 124.
- Hanft, A. & Knust, M. (2007). Weiterbildung und lebenslanges Lernen in Hochschulen – Eine internationale Vergleichsstudie zu Strukturen, Organisation und Angebotsformen. Münster: Waxmann.
- Hanika, H. (2010). *Pflege im Europäischen Vergleich*. 3. BFLK-Pflegefachtagung Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter: http://bflk.de/files/doku/2011/2010_rp_hanika.pdf [15.07.2013].

- Heck, A. & Slotala, L. (2006). Akademisierung der Gesundheitsberufe. Primärqualifizierung versus Weiterbildung? Positionierung der Berufsverbände. Tagungs-Reader des Studentischen Fachtages 30. November 2004. Verfügbar unter: http://www.fh-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_PG/pg-papers/2006_Heck_Slotala_Akademisierung_Verbaende.pdf [13.2.2014].
- Hörig, M. & Brunner, L. (2011). Lebenslanges Lernen als integrativer Bestandteil einer europäischen Forschungsuniversität. In: N. Tomaschek & E. Gornik (Hrsg.): *The Lifelong Learning University*. Münster: Waxmann. 15 – 27.
- HRK (2004). *Bologna Reader. Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung der Ziele des Bologna-Prozesses an deutschen Hochschulen*. HRK Service-Stelle Bologna. Verfügbar unter: http://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-10-Publikationsdatenbank/Beitr-2004-08_Bologna-Reader_I.pdf [24.02.2014].
- HRK (2004). *Bologna-Reader. Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung der Ziele des Bologna-Prozesses an deutschen Hochschulen*. Beiträge zur Hochschulpolitik 8/2004. Bonn. Verfügbar unter: http://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-10-Publikationsdatenbank/Beitr-2004-08_Bologna-Reader_I.pdf [25.02.2014].
- Hülsken-Giesler, M. (2011). Qualifikationsrahmen in der Pflege – zwischen politischem Teleos und fachwissenschaftlichen Anforderungen. In: *BWP spezial*, H. 5, S. 1 – 13.
- Hülsken-Giesler, M. & Korporal, J. (Hrsg.) (2013): *Fachqualifikationsrahmen für Pflege und Geesundheit*. Berlin: Purscke + Hensel.
- Jelenko M. (2008). Berufsverläufe in der Diplomierten Pflege – Zwischen Belastung und Sicherheit. Ergebnisse einer Studie im Auftrag des AMS Österreich. In: *Beiträge zur Fachtagung »Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege«* vom 20. Mai 2008 in Wien. Herausgegeben vom Arbeitsmarktservice Österreich. AMS report 68, 7 – 22.
- Kerres, M., Hanft, A. & Wilkesmann, U. (2012). Implikationen einer konsequenten Öffnung der Hochschule für lebenslanges Lernen – eine Schlussbetrachtung. In: M. Kerres, A. Hanft, U. Wilkesmann, K. Wolff-Bendik (Hrsg.). *Studium 2020. Positionen und Perspektiven zum lebenslangen Lernen an Hochschulen*. Münster: Waxmann. 285 – 290.
- KGMV (2011). *Hinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Finanzierung der Ausbildungskosten nach § 17a KHG für das Jahr 2011*. Verfügbar unter: http://www.kgm.de/fileadmin/Medienpool/kgm.de/downloads/Arbeitsgebiete/Krankenhausesfinanzierung/Hinweise_DKG.pdf [15.08.2013].

- KMK (2013). Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung für ein Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen (Lehramtstyp 5). Verfügbar unter:
http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1995/1995_05_12-RV_Lehramtstyp-5.pdf [19.05.2014].
- KMK (2008). Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.09.2008.
http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/KMK/Vorgaben/KMK_Anrechnung_ausserhochschulisch_II.pdf [25.02.2014].
- KMK (2002). Anrechnung von außerhalb des Hochschulwesens erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten auf ein Hochschulstudium. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.06.2002. Verfügbar unter:
http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2002/2002_06_28-Anrechnung-Faehigkeiten-Studium-1.pdf [25.02.2014].
- Knust, M. (2006). *Geschäftsmodelle der wissenschaftlichen Weiterbildung. Eine Analyse unter Berücksichtigung empirischer Ergebnisse*. Lohmar: EUL.
- Kriegel, M. & Schumacher, L. (2010). Neue Wege für die Sozialwirtschaft. Das Kooperationsmodell von Arbeiterwohlfahrt Bundesverband und Leuphana Universität. In: *SOZIALwirtschaft*, 1/2010. Baden-Baden: Nomos.
- KrPflG (2004). *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege* (Krankenpflegegesetz - KrPflG). Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf [24.02.2014].
- LANCET (2013). *Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten*. Bericht der Lancet-Kommission. Verfügbar unter:
http://www.careum.ch/documents/10180/22224/Lancet%20Report?redirect=http%3A%2F%2Fwww.careum.ch%2Flancet-report%3Fp_id%3D175_INSTANCE_Reijh7MA8875%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2 [24.02.2014].
- Lemke, A. (2013). DPR beauftragt Thesenpapier: Wie viel „Bachelor“ benötigt das Krankenbett? In: *Heilberufe/ Das Pflegemagazin*, H.6, Jg. 65, S. 56 – 57.
- Liefgen M. (2008). Die europäischen Krankenpflegeausbildungen im Vergleich. In: *Die Schwester der Pflege*. Verfügbar unter
http://www.dbfk.de/regionalverbaende/nw/aktuelles/btw_009/Artikel-DBfK-Aktuell-04-08_-Die-europaeischen-Krankenpflegeausbildungen-im-Vergleich.pdf [15.07.2013].

- Lissabon (2012). *Übereinkommen über die Anerkennung von Qualifikationen im Hochschulbereich in der europäischen Region*. Verfügbar unter: <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=165&CM=1&DF=&CL=GER> [24.02.2014].
- Lüftl K. & Kerres, A. (2012). „Ich denk mal, dass andere Bereiche [...] die mit Handkuss aufnehmen“. In: *Pflegewissenschaft*, H. 1; Jg. 14, S. 39 – 50.
- Maschwitz, A. (2013). Kooperationen zwischen öffentlichen Hochschulen und Unternehmen in der Weiterbildung. In: A. Hanft & K. Brinkmann (Hrsg.). *Offene Hochschulen. Die Neuausrichtung der Hochschulen auf Lebenslanges Lernen*. Münster: Waxmann. 137 – 150.
- Maschwitz, A. (2012). Außerhochschulische Kooperationen im Bereich weiterbildender Masterstudiengänge. In: N. Tomaschek & E. Hammer (Hrsg.). *University Meets Industry. Perspektiven des gelebten Wissenstransfers offener Universitäten*. Münster: Waxmann. 129 – 147.
- Mendel, S. (2009). Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice. In: *Pflege*; Jg. 22; H. 4, S. 208 – 216.
- MOH (2013). *Overview New Zealand health system*. Ministry of Health New Zealand. Verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/overview-health-system?mega=NZ%20health%20system&title=Overview> [25.11.2013].
- Moers, M., Schöniger, U. & Böggemann, M. (2012). Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: *Pflege & Gesellschaft*; Jg. 17; H. 3, S. 232 – 247.
- Müskens, W. & Eilers-Schoof, A. (2013). Neue Wege zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung: Das Oldenburger Modell der Anrechnung in der Praxis. In: A. Hanft & K. Brinkmann (Hrsg.). *Offene Hochschulen. Die Neuausrichtung der Hochschulen auf Lebenslanges Lernen*. Münster: Waxmann. 235 – 247.
- NZ Council of Nursing (2013). *Nursing Council Fees*. Verfügbar unter: <http://nursingcouncil.org.nz/Fees> [25.09.2013].
- NZ Council of Nursing (2011). *Educational Programs RN Standards*. Verfügbar unter: <http://nursingcouncil.org.nz/Publications/Standards-for-programmes> [25.11.2013].
- New Zealand Government (2013). *Qualification Framework*. Verfügbar unter: <http://www.nzqa.govt.nz/assets/Studying-in-NZ/New-Zealand-Qualification-Framework/requirements-nzqf.pdf> [25.11.2013].

New Zealand Government (2003). *Health Practitioners Competence Assurance Act 2003*.

Verfügbar unter:

<http://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0048/latest/DLM203312.html>

[25.11.2013].

Oelke, U. (1994). Akademisierung von Pflege. Projektbericht Pflegestudium (2013).

Pflegestudium. Informationen über Studiengänge. Verfügbar unter:

<http://www.pflegestudium.de> [13.05.2014].

OH BMBF (2013). *Zielgruppen für die von den geförderten Projekten zu entwickelnden*

Studienangebote. Informationen des BMBF zum Bund-Länder-Wettbewerb „Aufstieg

durch Bildung: Offene Hochschulen. Verfügbar unter: <http://www.wettbewerb-offene-hochschulen-bmbf.de> [16.01.2014].

Qualifikationsrahmen (2005). *Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse*. Im

Zusammenwirken von Hochschulrektorenkonferenz, Kultusministerkonferenz und

Bundesministerium für Bildung und Forschung erarbeitet und von der

Kultusministerkonferenz am 21.04.2005 beschlossen. Verfügbar unter:

http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/KMK/Vorgaben/KMK_Qualifikationsrahmen_aktuell.pdf [24.02.2014].

Rennen-Allhoff, B. (2000). Qualifikatorische Rahmenbedingungen: Berufliche Bildung in der

Pflege. In: B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hrsg.). *Handbuch Pflegewissenschaft*.

Weinheim und München: Juventa.

RLP NRW (2003). Ministerium für Arbeit, Gesundheit & Soziales NRW (Hrsg.). *Richtlinie für die*

Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und

Kinderkrankenpflege. Verfügbar unter:

http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/ausbildungsrichtlinien/ausbildungsrichtlinien-krankenpflege-kinderkrankenpflege.pdf

[04.03.2014].

Robert Bosch Stiftung (1992). *Pflege braucht Eliten* – Denkschrift der „Kommission der Robert

Bosch Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege“ mit systematischer Begründung und Materialien. Stuttgart: Bleicher.

Robinson, S. & Griffiths, P. (2007). *Nursing education and regulation: international profiles and*

perspectives. National Nursing Research Unit. London: King's College.

Rogalski, H., Dreier, A. & Hoffmann, W. (2012). Zukunftschance Pflege – von der

Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. In: *Pflege*. H. 1, Jg. 25, S. 11 – 21.

SVR (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer*

Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn.

- SVR (2009). *Sondergutachten: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen. Verfügbar unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf [23.08.2013].
- SVR (2007). *Gutachten 2007 - Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15> [10.06.2013].
- Schaeffer, D. (1995). Pflegestudiengänge in den USA. Lernen für die Entwicklung im deutschsprachigen Raum. In: A. Heller, D. Schaeffer & E. Seidl (Hrsg.). *Akademisierung von Pflege und Public Health*. Wien.
- Schäfer, M. & Loerbroks, K. (2013). Implikationen für die Hochschule: Qualifizierungsbedarfe, Barrieren und Anreize, Zukunft von Hochschule. Ergebnisse einer ExpertInnenbefragung im Sozial- und Gesundheitswesen. In: T. Ayan (Hrsg.). *Einsteigen, Umsteigen, Aufsteigen. Personenbezogene und strukturelle Rahmenbedingungen für Berufe und Bildungschancen im Sozial- und Gesundheitssektor*. Köln: Wissenschaftsverlag.
- Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W. & van Ginneken E. (2010). *The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition*. NIVEL 2010; Vol. 12 (1). Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf [15.07.2013].
- Schämann, A. (2005). *Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: „Der studentische Blick auf die Profession“*. Inauguraldissertation. Berlin. Verfügbar unter: <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/schaemann-astrid-2005-07-06/PDF/Schaemann.pdf> [19.11.2013].
- Schlutz, E. (2006). *Bildungsdienstleistungen und Angebotsentwicklung. Studienreihe Bildungs- und Wissenschaftsmanagement*. Münster: Waxmann.
- Schnabel, M. (2007). *Erfahrungsbericht zum Hospitationsaufenthalt im Rahmen des internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit der Robert Bosch Stiftung*. Verfügbar unter: http://www.g-plus.org/sites/default/files/Bericht_Schnabel_Abstract.pdf [17.07.2013].
- SIT (2013). *Southern Insitutes of Technology – Polytechnic. Fees*. Verfügbar unter: <http://www.sit.ac.nz/pages/about/fees> [25.11.2013].
- Slowey, M. & Schuetze, H. G. (2012). *Global Perspectives on Higher Education and Lifelong Learners*. London: Routledge.

- Stamm-Riemer, I., Loroff, C. & Hartmann, E. A. (2011). *Anrechnungsmodelle. Generalisierte Ergebnisse der ANKOM-Initiative*. HIS: Forum Hochschule, 1. Hannover. Verfügbar unter: http://www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201101.pdf [25.02.2014].
- Steffen, P. & Löffert, S. (2011). *Ausbildungsmodelle in der Pflege. Kurzfassung Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft*. Verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/8862.RS008-11_Anlage-Kurzfassung_Ausbildungsmodelle_in_der_Pflege.pdf [22.08.2013].
- Stöcker, G. (2005). Europäisierung der Gesundheits- und Pflegeausbildung. In: M. Landenberger, G. Stöcker, J. Filkins, A. de Jong, C. Them, Y. Selinger & P. Schön (Hrsg.). *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. 17 – 24.
- Stöcker G. & Reinhart M. (2012). Grundständige Pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland. In: *Deutscher Pflegebildungsrat*. Verfügbar unter: <http://www.bildungsrat-pflege.de/> [22.06.2013].
- Stöter, J. (2013). Nicht traditionell Studierende im Hochschulkontext. In: A. Hanft & K. Brinkmann (Hrsg.). *Offene Hochschulen. Die Neuausrichtung der Hochschulen auf Lebenslanges Lernen*. Münster: Waxmann. 53 – 65.
- Strukturvorgaben (2010). *Ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor und Masterstudiengängen*. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 04.02.2010. Verfügbar unter: http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/KMK/Vorgaben/KMK_Laendergemeinsame_Strukturvorgaben_aktuell.pdf [24.02.2014].
- Walkenhorst, U. (2011). Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe – Chancen und Herausforderungen für Berufe im Übergang. In: *bwp@Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011*, Fachtagung 10. S. 1 – 12. Verfügbar unter: http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/walkenhorst_ft10-ht2011.pdf [19.11.2013].
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen*. Verfügbar unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [14.2.2014].
- Wolter, A. (2012). Studium neben dem Beruf – eine Realisierungsform lebenslangen Lernens an Hochschulen. In: M. Kerres, A. Hanft, U. Wilkesmann & K. Wolff-Bendik (Hrsg.). *Studium 2020. Positionen und Perspektiven zum lebenslangen Lernen an Hochschulen*. Münster: Waxmann. 271 – 284.
- Wolter, A. & Geffers, J. (2013). *Zielgruppen lebenslangen Lernens an Hochschulen – Ausgewählte empirische Befunde*. Thematischer Bericht der wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“.

Zieher, J. (2014). *Ein Hochschulstudium lohnt sich auch für Quereinsteiger! Ergebnisse einer bundesweiten Datenerhebung unter Studierenden und Absolventen berufsbegleitender Pflegestudiengänge*. Unveröffentlichtes Manuskript. HdBA Mannheim. Verfügbar unter: <http://www.bestwsg-hdba.de/aktuelles/tagung-frankfurt-maerz-2014/> [12.5.2014].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Programmplanung, -entwicklung & -management (nach Hanft 2012)	5
Abbildung 2: Perspektiven auf die jeweilige Zielgruppe	16
Abbildung 3: Formen der Bezugnahme der Perspektiven auf die Zielgruppe im Prozess der Studiengangentwicklung	18
Abbildung 4: Rahmenvorgaben der Anrechnung	23
Abbildung 5: Anrechnung im Berliner Hochschulgesetz	24
Abbildung 6: Anrechnung in der Prüfungsordnung der Katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin (KHSB)	25
Abbildung 7: Übersicht der Kooperationspartner	33
Abbildung 8: TM: Transfermodul – M: Weiterbildungsmodul – ZfG: Zentralschule für Gesundheitsberufe – FHdD: Fachhochschule der Diakonie	34
Abbildung 9: Akademische Weiterbildung	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verfahren der Antragstellung zur Anrechnung individueller außerhochschulischer Kompetenzen an der KHSB	29
Tabelle 2: Übersicht pflegerische Ausbildungsformen in Europa	38
Tabelle 3: Qualifikationsniveaus der Pflege in den Niederlanden; (Flaiz 2013 nach de Jong & Landenberger 2005, S. 120ff; de Jong 2010, S. 120ff.)	41
Tabelle 4: Qualifikationsniveaus in Neuseeland (Flaiz 2013; vgl. NZ Gov. 2013, S. 20ff.; NZ Council 2011)	45

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

An der Erstellung dieser Handreichung haben mitgewirkt:

Bettina Flaiz

Bettina Flaiz ist seit April 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt: OPEN – Open Education in Nursing an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Stuttgart. Von 2005 bis 2009 hat sie an der Hochschule Esslingen am Neckar zunächst ihren Bachelor in Pflege / Pflegemanagement absolviert und im Rahmen ihres Studiums ein Praxissemester in Neuseeland absolviert. Anschließend hat sie erfolgreich ihren Master in Pflegewissenschaft ebenfalls an der Hochschule Esslingen abgeschlossen. Darüber hinaus verfügt Frau Flaiz über eine abgeschlossene Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin mit mehrjähriger Berufs- und Leitungserfahrung in verschiedenen Bereichen. Im Projekt OPEN ist sie insbesondere für den Bereich der wissenschaftlichen Begleitforschung zuständig.

Benjamin Klages

Benjamin Klages ist seit März 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt PONTs "Potenziale nicht-traditionell Studierender nutzen - Herausforderungen des demographischen Wandels aufgreifen" an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin und dort für die Gestaltung von hochschuldidaktischen Entwicklungsräumen zuständig. Nach dem pädagogischen Studium hat er am Institut für Wissensmedien in Tübingen zu der Bedeutung von digitalen Medien in formalen Lehr-Lernzusammenhängen gearbeitet und im Anschluss daran, an der Professur Erwachsenenbildung an der Universität Potsdam, (s)eine erziehungswissenschaftliche Sicht auf Hochschuldidaktik differenziert. Aktuell promoviert er zur Entwicklung von professionellen Perspektiven in spezifischen pädagogischen Ausbildungsformaten.

Stefanie Kretschmer

Stefanie Kretschmer (Diplom-Pädagogin, MBA) ist seit Dezember 2011 Projektkoordinatorin der wissenschaftlichen Begleitung zum BMBF-Förderprogramm „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg im Arbeitsbereich Weiterbildung und Bildungsmanagement (we.b). Davor war sie an der Universität Hohenheim in Stuttgart als Studienberaterin in der Zentralen Studienberatung und als Teilprojektkoordinatorin im Projekt „Individuelle Lernräume“ (Förderprogramm des Wissenschaftsministeriums Baden Württemberg „Studienmodelle individueller Geschwindigkeit“) tätig. Von 2007 bis 2010 hat sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Oldenburg projektbezogen sowie im Bereich der Lehre gearbeitet. Sie hat berufsbegleitend das Masterstudium Bildungs- und Wissenschaftsmanagement (MBA) an der Universität Oldenburg absolviert und promoviert aktuell zum Thema der Studiengangsplanung- und -entwicklung. Darüber hinaus verfügt Frau Kretschmer über mehrjährige außerhochschulische Berufserfahrungen im Bereich der Sozialen Arbeit sowie der Erwachsenenbildung.

Michael Kriegel

Michael Kriegel, M.A., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und in der Leitung des Forschungs- und Entwicklungsprojekts: „Berufsintegrierte Studiengänge zur Weiterqualifizierung im Sozial- und Gesundheitsbereich (BEST WSG)“ an der Fachhochschule der Diakonie. Von 1996-2011 Leiter der AWO Bundesakademie in Berlin und stellvertretender Vorsitzender der Europäischen Akademie für Elementarerziehung des AWO Bezirksverbandes Westliches Westfalen. Seit 2008 assoziiertes Mitglied der Leuphana Universität Lüneburg.

Franziska Lorz

Franziska Lorz ist seit März 2012 Koordinatorin des Projektes „Offene Hochschule Zwickau. Flexibel Studieren: Alternativen bieten – Chancen nutzen.“. Davor war sie am Forschungsinstitut Betriebliche Bildung in Nürnberg als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Sie hat an der Universität Erfurt Rechts- und Sozialwissenschaften (M.A.) studiert sowie an der Humboldt-Universität zu Berlin den Aufbaustudiengang Lebenslanges Lernen/Erwachsenenbildung abgeschlossen (M.A.). Im Projekt „Offene Hochschule Zwickau“ ist sie für die Themenfelder Hochschulzugang, Anrechnung und grundständige, flexible Studienmodelle zuständig.

Anja Lull

Anja Lull ist seit März 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt PONTs „Potenziale nicht-traditionell Studierender nutzen – Herausforderungen des demographischen Wandels aufgreifen“ an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin und dort für die Studiengangsentwicklung zuständig. Davor war sie in einem Schulbuchverlag als Redakteurin im Bereich Berufliche Bildung für die Konzeption und Umsetzung von Lehrwerken für die Pflege- und Gesundheitsberufe verantwortlich. Nach ihrer Ausbildung als Krankenschwester hat sie an der Charité Berlin Pflegepädagogik studiert und promoviert aktuell zu didaktischen Fragen berufsbegleitender Pflegestudiengänge.

Jürgen Zieher

Dr. Jürgen Zieher ist seit November 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsprojekt "BEST WSG - Berufsintegrierte Studiengänge zur Weiterqualifizierung im Sozial- und Gesundheitswesen" an der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit in Mannheim. Sein Forschungsschwerpunkt liegt in der Analyse der Rekrutierungs- und Qualifizierungswege von Quereinsteigern im Sozial- und Gesundheitswesen. Darüber hinaus befasst er sich mit dem Thema Personalmanagement im Pflegebereich.

Kontakt für Fragen, Anmerkungen und Informationen:

info@offene-hochschulen.de

